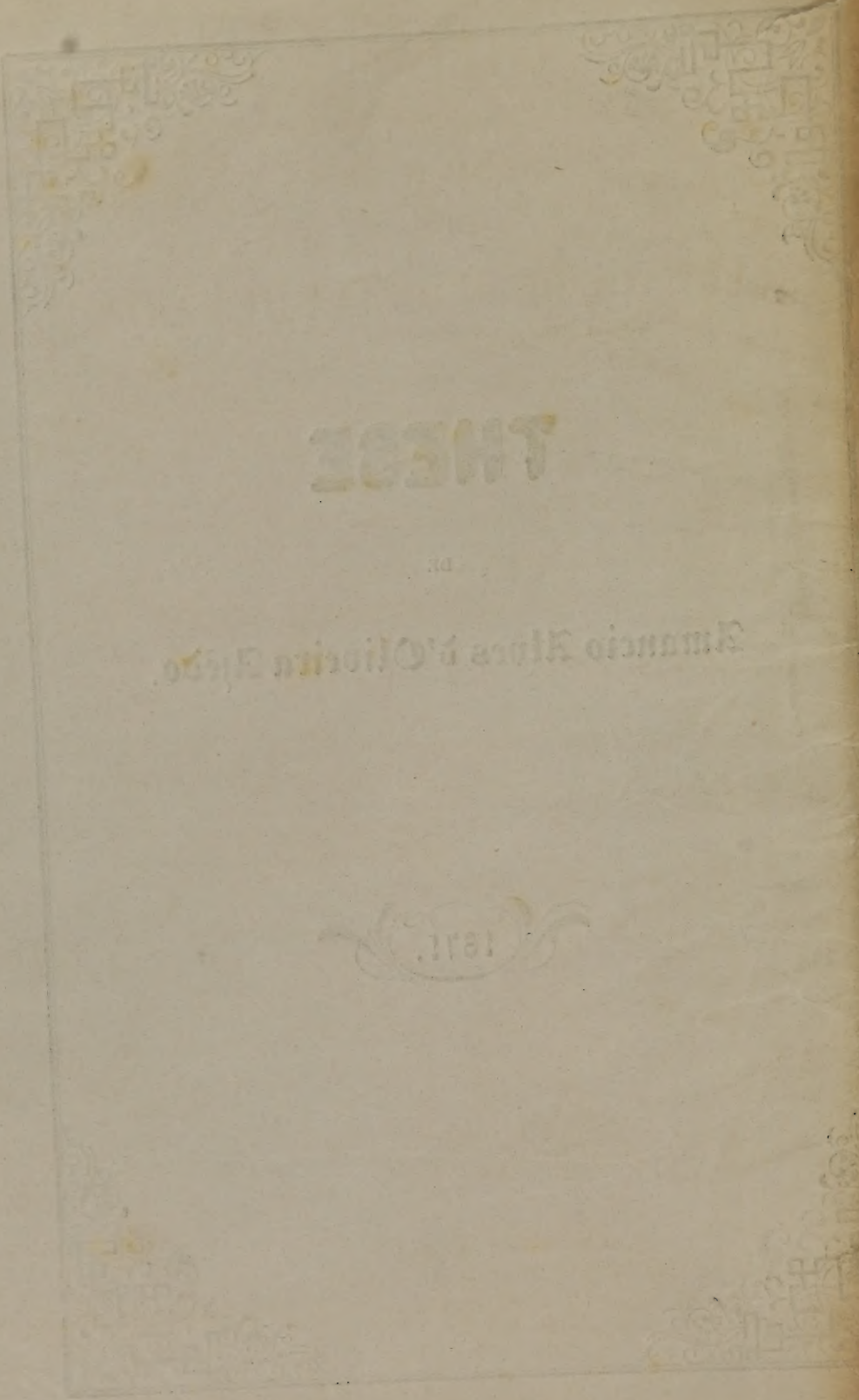
THESE

DE

Amancio Alves d'Oliveira Azêdo.

THESE

APRESENTADA E PUBLICAMENTE SUSTENTADA

EM NOVEMBRO DE 1871

PERANTE

A FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

POR

Annuncio Alves d'Oliveira Azêdo

NATURAL DO MARANHÃO

Filho legitimo de Manoel José Alves Azêdo e D. Anna Francisca d'Oliveira Azêdo

AFIM DE OBTER O GRAU

DE

DOUTOR EM MEDICINA.

...... Dieu t'a fait prêtre du feu sacré de la vie, il t'a commis le soin de dispenser ses plus beaux dons, la santé et la vie; il t'a confié pour le bien de tes sembables, les forces occultes déposées par lui dans le sein de la nature.
Quelle haute et sainte mission!

Hufeland (Médecine pratique pag. 58).

BAHIA
TYPOGRAPHIA DE J. G. TOURINHO

1871

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

DIRECTOR

....

VICE-DIRECTOR

O Ex.mo Snr. Conselheiro Dr. Vicente Ferreira de Magalhães.

LENTES PROPRIETARIOS.

OS SRS. DOUTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
1.º ANNO.	
Cons. Vicente Ferreira de Magalhães	Physica em geral, e particularmente em suas applicações à Medicina.
Francisco Rodrigues da Silva	Chimica e Mineralogia.
Adriano Alves de Lima Gordilho	Anatomia descriptiva.
2.º ANNO.	
Antonio de Cerqueira Pinto	Chimica organica.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
Antonio Mariano do Bomfim	Botanica e Zoologia.
Adriano Alves de Lima Gordilho	Repetição de Anatomia descriptiva.
3.º ANNO.	
Cons. Elias José Pedroza	Anatomia geral e pathologica.
José de Goes Sequeira	Pathologia geral.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
4.º ANNO.	
Cons. Manoel Ladislão Aranha Dantas	Pathologia externa.
Demetrio Cyriaco Tourinho	Pathologia interna.
Conselheiro Mathias Moreira Sampaio	Partos, molestias de mulheres pejadas e de meninos recemnascidos.
5.º ANNO.	
Demetrio Cyriaco Tourinho	Continuação de Pathologia interna.
José Antonio de Freitas	Anatomia topographica, Medicina operatoria, apparelhos.
Luiz Alvares dos Santos	Materia medica, e therapeutica.
6.º ANNO.	
Rozendo Aprigio Pereira Guimarães	Pharmacia.
Salustiano Ferreira Souto	Medicina legal.
Domingos Rodrigues Seixas	Hygiene, e Historia da Medicina.
José Affonso de Moura	Clinica externa do 3.º e 4.º anno.
Antonio Januario de Faria	Clinica interna do 5.º e 6.º anno.

OPPOSITORES.

....	Secção Accessoria.
Ignacio José da Cunha	Secção Accessoria.
Pedro Ribeiro de Araujo	Secção Accessoria.
José Ignacio de Barros Pimentel	Secção Accessoria.
Virgilio Clymaco Damazio	Secção Accessoria.
....	Secção Cirurgica.
Augusto Gonçalves Martins	Secção Cirurgica.
Domingos Carlos da Silva	Secção Cirurgica.
Antonio Pacifico Pereira	Secção Cirurgica.
....	Secção Cirurgica.
....	Secção Medica.
....	Secção Medica.
Ramiro Affonso Monteiro	Secção Medica.
Egas Carlos Moniz Sodré de Aragão	Secção Medica.
Claudemiro Augusto de Moraes Caldas	Secção Medica.

SECRETARIO.

O Sr. Dr. Cincinnato Pinto da Silva.

OFFICIAL DA SECRETARIA

O Sr. Dr. Thomaz d'Aquino Gaspar.

A Faculdade não approva, nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

SECÇÃO CIRURGICA

Mecanismo dos differentes movimentos que executa a cabeça do feto durante o parto e suas causas.

DISSERTAÇÃO

PARTE PRIMEIRA

Breves considerações sobre a cabeça do feto de termo.

> C'est de la connaissance de toutes ces choses que dépend le succès dans la pratique des accouchements.
> Mme Boivin (Memorial de l'art des accouchements
> (T. I pag. 167)

NÃO é sem razão que os Parteiros considerão da maior importancia o estudo da cabeça do feto, estudo que tem sempre sido objecto de uma particular attenção. Com effeito, de todas as partes do feto é a cabeça a parte a mais volumosa, a menos reductivel, e a que mais frequentemente se apresenta no orificio do utero no momento do parto, e, attendendo á notavel influencia que pode exercer sobre a duração do trabalho espontaneo, a falta de relação entre os seus diametros, e os do canal que ella deve percorrer, é com justo receio que o Parteiro procura com a maior solicitude ser exacto e preciso não só no conhecimento desses differentes diametros, como tambem na indagação dos differentes caracteres, que a cabeça apresenta; elementos sempre preciosos para o diagnostico de sua apresentação, e de suas respectivas posições.

Divisão e Situação.—Se considerarmos a cabeça em sua totalidade, notaremos que ella constitue um ovoide irregular, achatado lateralmente, cuja grossa extremidade, dirigida para atraz, corresponde ao que se chama o occiput e cujo vertice, dirigido para adiante, corresponde ao mento.

A cabeça corôa e domina o edificio humano, e tanto no feto como no adulto, ella se compõe de *craneo* e *face;* aquelle, formando as partes superior e posterior da cabeça, é destinado á receber e proteger o encéphalo e a parte superior da medulla espinhal; esta, situada na parte anterior e inferior do craneo, encerra apparelhos importantes, bem como os da visão, olfacção, gustação etc.

Apezar dessa divisão, que é a mesma para ambas as cabeças, a sciencia, comtudo, estabelece notaveis differenças, submettendo á um exame comparativo a cabeça do feto e a do adulto.

Craneo.—As paredes do craneo do feto não são completamente osseas; ellas são interrompidas por espaços occupados somente por membranas. Estas paredes são facilmente depressiveis, visto a grande flexibilidade de que nessa idade são dotados os ossos, que representão laminas delgadas, flexiveis e elasticas, e separados por largos intervallos que os impedem de se prestarem um mutuo apôio. No adulto, porem, a disposição dessas paredes tem mudado completamente: com effeito, os progressos da ossificação fazem desapparecer esses intervallos membranosos; os ossos teem adquirido uma espessura mais consideravel, e reunidos solidamente entre si, formão um todo continuo, uma cavidade de paredes incompressiveis e perfeitamente fechada, não apresentando interrupção senão em sua base, onde realmente uma só abertura fica sempre livre (o buraco occipital) e que, não sendo obstruida por nenhuma membrana, permitte uma communicação permanente e facil entre as duas cavidades craneana e rachidiana (1)

Demais, se o craneo do feto se compõe de oito ossos como o do adulto, esses ossos, todavia, não são perfeitamente distinctos, visto como a ossificação ainda incompleta, faz com que alguns dos ossos do craneo do feto se componhão de muitas partes que só se reunem com a idade.

(1) O diametro do buraco occipital sendo muito mais consideravel que o da medulla espinhal, á qual elle dá passagem, comprehende-se facilmente a existencia da communicação entre o craneo e o rachis.

Os ossos que entrão na composição do craneo são: o frontal, os dous parietaes, os dous temporaes, o occipital, o ethmoide e o sphenoide.

O *frontal*—osso impar, médio, symetrico, e situado na parte anterior do craneo, forma a fronte, a parte superior e anterior da face; este osso compõe-se no feto de duas porções, apresentando cada uma uma eminencia arredondada, chamada *bossa frontal* ou *coronal*.

Os *parietaes*—dous ossos pares, quadrilateros, insymetricos, situados um á direita e outro á esquerda do craneo, atraz do frontal, adiante do occipital e acima dos temporaes e das grandes azas do sphenoide, reunem-se na linha média, e concorrem á formação da abobada do craneo, e de suas partes lateraes. Cada um destes ossos apresenta uma eminencia, collocada no centro, chamada *bossa parietal*.

Os *temporaes*—dous ossos pares, insymetricos, situados sobre as partes lateraes do craneo, de cada lado do corpo do sphenoide e da apophyse basilar do occipital, abaixo dos parietaes, e para atraz das grandes azas do sphenoide, completão as paredes lateraes do craneo, e concorrem á formação da cavidade craneana, da fossa temporal, e da face inferior da base do craneo.

O *occipital*—osso impar, médio e symetrico, está situado na parte posterior e inferior do craneo, abaixo dos parietaes e para atraz dos temporaes e do sphenoide. Algumas vezes s'encontra, no momento do nascimento, as duas porções do occipital ainda separadas. Nota-se neste osso, para atraz do buraco occipital, uma larga superficie, em cujo centro existe uma saliencia denominada *proctuberancia occipital externa*.

O *ethmoide*—osso impar, médio e symetrico, situado na base do craneo, para atraz do frontal, para adiante do sphenoide, e entre as cavidades orbitarias, concorre á formação das cavidades nasaes.

O *sphenoide*—osso impar, de uma figura mui complexa, situado na parte média da base do craneo, encaixado no meio dos outros ossos que constituem a base, collocado entre o ethmoide e o frontal para adiante, e o occipital e o rochêdo para atraz, concorre á formação das cavidades craneana e orbitarias, e das fossas nasaes, temporal, zygomatica e pterygo maxillar.

Este osso, no feto, é dividido em duas partes distinctas:—o *sphenoide anterior* formado pelas pequenas azas, e pela porção anterior do corpo do osso;—o *sphenoide posterior* formado pelas grandes azas, e pela porção posterior do corpo.

Os ossos do craneo, principalmente os da abobada, são muito vasculares durante a ossificação, e, do mesmo modo que as agulhas osseas no momento da formação do osso, a vascularisação se faz do centro para a circumferencia.

P. Dubois mostrou a grande vascularidade dos ossos do craneo no nascimento, fazendo pullular pequenas gôtas de sangue, pela compressão dos ossos, aos quaes elle antecedentemente arrancava o pericraneo.

O mesmo autor diz que vio uma injecção feita nos vasos de um menino sahir em forma de esguicho, por toda à superficie dos ossos do craneo, privados ainda do periosteo.

Valleix, em 1835 e 1836, vio reproduzir-se um facto identico.

Face.—Assim como existem differenças entre o craneo do feto e o do adulto, a face não deixa tambem de apresentar algumas modificações.

Ella se compõe, no feto, do mesmo numero de ossos que no adulto, mas esses ossos são mui pequenos e mui pouco desenvolvidos, e ligão-se entre si por membranas somente;—as cavidades nasaes apenas se denuncião, e os dentes, existindo no estado rudimentar, se achão occultos na espessura dos bordos alveolares.

O *vomer*—osso impar, situado na direcção da linha média, divide as cavidades nasaes em duas partes iguaes, é muito delgado, e quasi inteiramente cartilaginoso.

Finalmente, a *maxilla inferior*, que no adulto é formada por um só osso, se apresenta no feto composta de duas porções, reunindo-se na linha média, e ahi constituindo a *symphysis do mento.*

Suturas e Fontanellas.—O conhecimento das suturas, e sobretudo das fontanellas, é do mais alto interesse practico; porque serve para estabelecer-se o diagnostico das apresentações cephalicas, e de suas posições.

As suturas da abobada do craneo, que são as mais importantes no ponto de vista obstetricia, são, no adulto, articulações apertadas, pertencendo ao primeiro genero das synarthroses (suturas dentadas), e formadas pelo engradamento dos differentes ossos do craneo, unidos por seus bordos, que reciprocamente se recebem.

Nessas articulações não existe nenhum movimento, tanto que nellas se nota a falta de synovia e de ligamentos; ha apenas, entre as superficies articulares, depois da reunião das dentaduras dos ossos do craneo,

uma membrana denominada *cartilagem sutural,* (1) que adhere intimamente ao pericraneo e á dura-mater, e que une estreitamente os bordos dentados de um osso dos bordos dentados de outro.

Esta membrana sendo invadida pela ossificação, na idade de 30 para 40 annos, todos os ossos da abobada se reunem para não formarem mais que um só. No feto, porem, os ossos do craneo não são unidos entre si, como são no adulto: nesta idade os ossos do craneo são separados por espaços membranosos, que são mais estreitos ao longo dos bordos desses ossos, onde tomão mais particularmente o nome de *commissuras,* e mais vastos, constituindo o que se chama *fontanellas,* ao nivel dos angulos, isto é, ao nivel dos pontos onde mais tarde se devem reunir os angulos desses ossos.

Explica-se facilmente a existencia, no feto, desse intervallos membranosos: a ossificação dos ossos chatos, que compoem o craneo, fazendo-se do centro para a circumferencia, as agulhas osseas divergentes para os angulos, e para os bordos, não teem ainda chegado, no momento do nascimento, no lugar que ellas devem permanecer, e se tocar com as do lado opposto; e, se os espaços membranosos, que constituem as fontanellas, são maiores do que os que formão as commissuras ou suturas, é porque os angulos, que são as partes as mais afastadas do centro do osso, se ossificão em ultimo lugar.

As commissuras ou suturas são:

1.º A *commissura média* ou *sutura sagital, grande sutura, sutura antero-posterior* começa no angulo superior do occipital, e se termina no meio do bordo superior do osso frontal, prolongando-se ordinariamente até á raiz do nariz, prolongamento este que toma mais particularmente o nome de *sutura frontal* ou *coronal.*

Para facilidade de descripção nós comprehenderemos sob o nome commum de *sutura sagital,* a sutura biparietal e a frontal.

A sutura sagital, por tanto, separa para adiante os bordos internos das duas metades do osso frontal, e para atraz os bordos superiores dos dous parietaes.

2.º A *commissura* ou *sutura fronto-parietal, anterior* ou *transversa* s'estende da grande aza do sphenoide de um lado á grande aza do lado

(1) Esta membrana foi descoberta por Hunauld em 1730 e estudada por Ferrein em 1744. Ella existe entre todos os ossos, excepto entre o occipital e o sphenoide e entre os ossinhos do ouvido.

opposto, cruzando mais ou menos em angulo recto a sutura sagital no ponto de reunião de sua porção frontal com sua porção parietal.

Esta sutura separa de cada lado o bordo superior do osso frontal do bordo anterior do parietal correspondente.

3.º A *sutura occipito-parietal* ou *sutura posterior* s'estende de uma apophyse mastoidéa á outra. Os dous ramos que formão esta sutura partem obliquamente da extremidade posterior da sutura sagital, e parecem ser uma bifurcação desta; elles separão os bordos superiores do occipital dos bordos posteriores dos parietaes.

Esta sutura se conhece geralmente pelo nome de *sutura lambdoide*, talvez pela sua semelhança mais ou menos completa com um Λ (Lambda —A maiúsculo dos Gregos).

As fontanellas são:

1.º A *fontanella anterior, grande fontanella, frontal* ou *bregmatica*, está situada no ponto de intersecção das duas suturas fronto-parietal e sagital. Esta fontanella, de forma losangica, apresenta geralmente uma mui grande extensão, e, como ella é a maior de todas as fontanellas, nunca se apresenta fechada no momento do nascimento. Ella é limitada anteriormente pelos dons angulos superiores das duas porções do osso frontal, e posteriormente pelos dous angulos supero-anteriores dos parietaes.

As suturas fronto-parietaes partem desta fontanella quasi em angulo recto.

A fontanella anterior se prolonga, em geral, muito mais entre as duas metades do osso frontal do que entre os parietaes, estendendo-se, algumas vezes, o prolongamento frontal quasi até á raiz do nariz, segundo refere Gerdy, citado por Cazeaux; os bordos então da commissura frontal afastados em toda a sua extensão aproximão-se gradualmente de cima para baixo, de modo que, ao chegarem á raiz do nariz, elles são apenas separados por um intervallo de dous á cinco millimetros.

Jacquemier cita o caso de um menino, no qual a fontanella anterior não só se prolongava para adiante até perto da sutura naso-frontal, como tambem para atraz até ao terço posterior dos parietaes.

Cazeaux faz tambem notar que, não é raro encontrar-se, na parte inferior da sutura coronal, um espaço membranoso arredondado ou oval de 6 á 15 millimetros de diametro.

2.º—A *fontanella posterior, pequena fontanella* ou *occipital* está si-

tuada no ponto de reunião das suturas lambdoides com a extremidade posterior da sutura sagital.

Esta fontanella, de forma triangular, apresenta uma superficie menor que a da precedente, e é limitada anteriormente pelos dous augulos supero-posteriores dos parietaes, entre os quaes se acha o vertice do triangulo, e posteriormente pelo angulo superior do occipital, ao qual corresponde a base curvilinea do mesmo triangulo.

Ordinariamente estes trez angulos osseos são tão aproximados que, se tocão, não deixando entre si nenhum intervallo membranoso.

Os ramos da sutura occipito-parietal partem desta fontanella em angulo agudo.

Eis um pequeno quadro synoptico e comparativo dos *caracteres distinctivos* das duas fontanellas acima descriptas:

CARACTERES DA FONTANELLA ANTERIOR	CARACTERES DA FONTANELLA POSTERIOR
a—*Grande* superficie	*a*—*Pequena* superficie.
b—Limitada por *quatro* angulos osseos	*b*—Limitada por *trez* angulos osseos.
c—As suturas partem em angulo *recto*	*c*—As suturas partem em angulo *agudo*.
d—Forma *losangica*	*d*—Forma *triangular*.

Irregularidades da fontanella posterior.—Quando, como já tivemos occasião de dizer (pag. 3), as duas porções do occipital se achão ainda separadas no momento do nascimento, encontra-se uma sutura, chamada *occipital*, situada na linha média, e em direcção da sutura sagital, que parece ser o prolongamento, para atraz, da fontanella posterior, e que muda a forma triangular desta em losangica. A fontanella posterior acha-se então limitada por quatro angulos osseos como a fontanella anterior, e esta nova disposição poderia difficultar o reconhecimento da fontanella de que nos occupamos, se a *obliquidade* das suturas lambdoides não viesse em nosso auxilio para a distinguirmos da fontanella anterior.

Uma difficuldade ainda, para o diagnostico da fontanella posterior, é quando o angulo saliente do occipital, invadindo o angulo reintrante, for-

mado pelos parietaes, faz com que esta fontanella desappareça completamente. Malgaigne desfaz esta causa de erro para o diagnostico, lembrando a convergencia das suturas sagital e lambdoides, bem como a *saliencia dos bordos osseos que cavalgão uns sobre os outros;* porque, seja dito de passagem, se tocarmos a cabeça de um feto, no momento em que ella, atravessando o canal pelviano, é comprimida por sua circumferencia, as suturas, e as fontanellas não nos fazem experimentar a mesma sensação, que teriamos tocando uma cabeça fóra da bacia ou livre de toda a compressão; com effeito, na cabeça comprimida, não sentimos, percorrendo as suturas com o dêdo, mais *intervallos lineares*, nem, tocando as fontanellas, encontramos a *extensão normal* de sua superficie.

As suturas, nos dão a sensação de *linhas salientes*, determinadas pelo cavalgamento dos bordos osseos correspondentes;—as fontanellas, nos apresentão superficies *menos extensas*, ou faltando completamente, como no caso presente, pela aproximação de sua circumferencia ossea para o centro.

Outras vezes, a obliquidade das suturas lambdoides vem ainda auxiliar o diagnostico, se, pelo toque, o dêdo encontra no lugar occupado pela fontanella posterior uma pequena depressão, formada pelo angulo superior do occipital, que se acha completamente occulto debaixo dos angulos supero-posteriores dos parietaes, quando a cabeça do feto, introduzida na excavação pelviana, soffre uma forte compressão.

Observação.—Fizemos entrar em nossa descripção somente as suturas e fontanellas mais importantes, pelo auxilio que prestão ao diagnostico das posições da extremidade cephalica;—as outras suturas, e as fontanellas lateraes, que são collocadas nas extremidades das suturas temporo-parietaes ou escamosas, permittem, é verdade, uma grande mobilidade aos ossos, que ellas reunem, e são tambem membranosas; porém cobertas por aponevroses e musculos espessos, ellas não são accessiveis ao toque. Todavia, em rigor, devemos fazer uma excepção para a *fontanella lateral posterior*, a qual, em virtude de sua grande superficie, pode ser sentida, e até facilmente confundida com a fontanella occipital por causa da sua forma triangular, e da disposição das suturas, que partem d'ella; porém, mesmo a sua grande extensão, e a sua posição mais aproximada da base do craneo, nos offerecem dados sufficientes para a distinguirmos da occipital.

Convem conhecer esta particularidade; porque, em certos casos, esta

fontanella nos serve para diagnosticarmos com precisão as apresentações inclinadas da cabeça.

Falsas fontanellas —Certos espaços membranosos, que accidentalmente se encontrão em diversos pontos do craneo, podem illudir o Parteiro, e fazê-lo acreditar na existencia de uma verdadeira fontanella, principalmente se algum desses intervallos membranosos, que nós chamaremos *falsas fontanellas* ou *fontanellas accidentaes*, estiver situado no trajecto da sutura sagital, no meio pouco mais ou menos do espaço, que separa a fontanella anterior da posterior, como Cazeaux diz ter tido occasião de observar quatro vezes. Velpeau diz tambem ter visto com Malgaigne uma destas fontanellas accidentaes, situada no meio da sutura fronto-nasal absolutamente destituida de osso, tendo 8 linhas (18 millimetros) de largura e 10 (22 millimetros) de comprimento. Nestes casos, toda a duvida desapparece se *attentamente* observarmos que dessas falsas fontanellas não partem suturas lateraes.

Não são raras estas anomalias na ossificação do craneo; anomalias estas, que podem, durante o trabalho do parto, dar lugar á enganos funestos, fazendo tomar-se uma cabeça sã por uma cabeça affectada de hydrocephalo; e este erro nos parece facil de commetter-se, se a falsa fontanella occupar uma grande extensão.

Mostrarão á Jacquemier, como um caso de hydrocephalo, um recem-nascido, em que faltava toda a metade posterior do occipital. O mesmo autor observou um outro recem-nascido, no qual as fontanellas anterior e posterior occupavão uma superficie maior do que a que normalmente occupão; todas as suturas da abobada do craneo offerecião um desvio igual ao das suturas de um feto no septimo mez, com quanto o menino em observação fosse de termo; finalmente, as suturas temporo-parietaes erão substituidas por um grande intervallo membranoso, que reunia em uma só as duas fontanellas lateraes.

Um caso, porém, mais notavel foi o que Mursinna, citado por Velpeau, observou n'um feto, em que havia falta quasi total do craneo!

Regiões.—A cabeça do feto divide-se em cinco regiões:

1.º—A *região superior* ou *bregmatica* que é limitada pela circumferencia occipito-frontal: a sutura sagital, as fontanellas anterior e posterior,

assim como as partes as mais elevadas do frontal e do occipital entrão na composição desta região.

2.º—A *região inferior*, que comprehende a base do craneo, e a parte posterior da face (1).

3.º—As *regiões lateraes* ou *temporaes*, em numero de duas, comprehendem os temporaes e as orelhas (2).

4.º—A *região anterior* ou *facial*, que é limitada pela circumferencia fronto-mentoniana, comprehende a face, e a porção a mais inferior da fronte.

Diametros da cabeça.—Os autores chamão *diametros* á certas linhas rectas imaginarias, qne atravessão a cabeça do feto, em uma direcção determinada. Mencionaremos, á exemplo de Velpeau, Cazeaux, Joulin, etc., tão somente os diametros, cuja importancia resulta de suas relações durante o parto com os diametros da bacia da mulher.

Estes diametros são em numero de sete, divididos em tres antero-posteriores, dous transversos, e dous verticaes.

Os antero-posteriores são:

1.º—O *occipito-mentoniano*, cujas extremidades tocão a fontanella posterior e o mento; é o maior de todos os diametros da cabeça: tem 13 centimetros e meio.

2.º—O *occipito-frontal* ou *antero posterior*, propriamente dito, que se estende da bossa occipital á bossa frontal: tem 11 centimetros á 11 centimetros e meio.

3.º—O *sub-occipito-bregmatico*, cujas extremidades tocão o bregma e o meio do espaço, que separa o buraco occipital da bossa do mesmo nome: tem 9 centimetros e meio.

Os tranversos são:

1.º—O *bi-parietal*, que vai de uma bossa parietal á outra: tem 9 centimetros a 9 centimetros e meio.

2.º—O *bi-temporal*, cujas extremidades tocão a extremidade posterior das arcadas zygomaticas: tem 7 a 8 centimetros.

(1) Esta região só se apresenta em casos de expulsão ou extracção do feto pelos pés ou quando o tronco tem sido separado da cabeça (Boivin).

(2) A presença das orelhas é o unico caracter que pode fazer reconhecer estas regiões durante o trabalho do parto (Jacquemier).

Os verticaes são:

1.º—O *trachelo-bregmatico* ou *vertical* propriamente dito, parte do ponto mais elevado da região bregmatica, atravessa a cabeça perpendicularmente e termina na parte anterior do buraco occipital: tem 9 centimetros e meio.

2.º—O *facial* ou *fronto-mentoniano*, que se estende da ponta do mento ao meio do intervallo, que separa as bossas frontaes: tem 8 centimetros.

Circumferencias.—Ha tantas circumferencias quantos são os diametros, e, como estes, ellas exprimem de uma maneira precisa as relações successivas da cabeça do feto com a bacia; porém, faremos apenas menção d'aquellas, que offerecem interesse no ponto de vista do trabalho.

1.º—A *grande circumferencia* ou *circumferencia occipito-mentoniana* corresponde ao diametro do mesmo nome, e segue uma direcção pouco mais ou menos horisontal, passando pelas partes lateraes da cabeça.

2.º—A *circumferencia occipito-frontal*, que corresponde ao diametro occipito-frontal, segue uma direcção horisontal, passando, de cada lado, um pouco abaixo das bossas parietaes, e separando a abobada da base do craneo.

3.º—A *circumferencia sub-occipito-bregmatica*, que corresponde ao diametro do mesmo nome, passa tambem pelas extremidades do diametro bi-parietal, sendo deste modo ao mesmo tempo *circumferencia bi-parietal.*

4.º—A *circumferencia facial* ou *fronto-mentoniana* é vertical, e passa pelas extremidades de seu respectivo diametro, contorneando a fronte, o mento e os ossos malares.

Os algarismos, que se tem dado até hoje para indicarem a medida destas circumferencias, não offerecem muita exactidão; porque elles representão pouco mais ou menos tres vezes a extensão dos diametros, como se a cabeça fosse redonda. Joulin observa mui judiciosamente que, não pode existir entre os diametros e as circumferencias cephalicas as proporções, que se encontra entre o diametro e a circumferencia de um circulo; porque a cabeça tem uma forma ovoide, e este oval é muito alongado em seu diametro occipito-mentoniano. A emittirmos nossa opinião sobre semelhante assumpto, mesmo a circumferencia occipito-frontal, qne Joulin exclúe de sua sensata observação, dando-lhe por medida 35 centimetros, está tambem sujeita ás razões expendidas ácima, e merece, assim como as

outras circumferencias, que os operarios da sciencia envidem exforços para a investigação da verdade.

Reductibilidade da cabeça do feto.—Os diametros da cabeça do feto podem soffrer uma certa reductibilidade, em virtude da presença dessas suturas membranosas, que unem os ossos do craneo entre si, e da disposição das fontanellas. Com effeito, os bordos dos ossos, que formão as suturas, quando, sob a influencia, quer das contracções uterinas, quer da acção mecanica dos instrumentos, soffrem uma compressão mais ou menos violenta, podem se cruzar, *até um certo ponto*, e reduzirem d'est'arte o volume da cabeça.

Dissemos até um certo ponto, porque, como observa Malgaigne, a cartilagem sutural (particularmente a intra-parietal) é muito solida e resistente, para deixar-se estender, e muito estreita, para permittir um cruzamento consideravel.

A disposição dos ossos de uma cabeça, reduzida em seus diametros, é a seguinte:

Os bordos superiores do occipital, e os posteriores do frontal, são cobertos pelos posteriores e anteriores dos parietaes;—os bordos superiores destes, cruzão-se em uma certa extensão, e os inferiores cobrem a circumferencia da porção escamosa dos temporaes.

Pelo que acabamos de dizer, vê-se que somente os ossos da abobada, e das paredes lateraes do craneo, participão d'essa reductilbiidade: muito antes mesmo da maturidade do feto, já a materia ossea predomina sobre a materia cartilaginosa nos ossos, que constituem a base do craneo, e estes são tão solidamente unidos que, torna-se ahi impossivel qualquer reducção. A base, é por consequencia, a unica parte incompressivel do craneo, e, todas vezes que, os diametros da bacia da mulher forem de menor extensão que os da base da cabeça do feto, segue-se que, o parto é materialmente impossivel, se, n'este caso, a arte não vier auxiliar os exforços impotentes da natureza.

A reductibilidade varia segundo os individuos, e o gráo de resistencia ou de ossificação das paredes da cabeça; e nota-se mesmo em alguns partos, um tanto laboriosos, que as mais das vezes a cabeça se alonga no sentido do diametro occipito-mentoniano, e achata-se no sentido do diametro transverso.

Segundo as experiencias de Baudelocque, a mais energica compressão

pelo forceps sobre a cabeça de fetos cadaveres, não reduzia mais que um centimetro o diametro bi-parietal; ficando invariaveis os diametros verticaes.

Muitos outros autores, entre os quaes citamos Osiander, Touret e Velpeau, são de opinião contraria á do illustre discipulo de Solayres;—estes autores têm verificado reducções do diametro transverso de 13,21 e 28 millimetros. Joulin diz ter obtido, sobre o cadaver, reducções de 32, 35, 43 e até 45 millimetros, sem fracturar os ossos do craneo;—o mesmo autor observou tambem nestes casos, da maneira a mais evidente, o alongamento da cabeça no sentido vertical.

Sob a influencia unicamente dos exforços da natureza, se tem visto o diametro bi-parietal diminuir muito mais de um centimetro, sem que fosse compromettida a vida do feto.

Os diametros, como se vê, são variaveis; todavia, existe uma particularidade, que depende do *sexo*, muito notavel por apresentar-se quasi constantemente, e que tem adquirido, entre os practicos uma grande importancia sob o ponto de vista do parto.

Clarke, em 1784, foi o primeiro a notar que, a cabeça do feto do sexo masculino era geralmente mais volumosa que a do sexo opposto: desde então, as attenções dos Parteiros convergirão para esta importante descoberta, e as observações multiplicarão-se.

Clarke concluio, de 120 observações, que a extensão da abobada do craneo, medida de uma orelha á outra, passando pelo bregma, augmentava tres millimetros no sexo masculino, assim como a circumferencia occipito-frontal, ainda no mesmo sexo, apresentava a media de um centimetro de augmento sobre a do sexo opposto.

Thulstrup de Christiania e Collin de Dublin attestão a veracidade das observações de Clarke por meio de novas observações.

Simpson conclúe das Estasticas publicadas por Collin em 1836 em seu Tratado de partos, o seguinte:

1.º Durante o trabalho do parto, morreram mais crianças do sexo masculino que do feminino na proporção de 151:100.

2.º Dos meninos qae nascerão vivos, o maior numero dos que apresentaram algum estado morbido ou alguma lesão produzida durante o trabalho, pertencião ao sexo masculino.

3.º O maior numero das mulheres que succumbirão á morte durante o parto, ou no sobreparto, derão á luz meninos do sexo masculino.

A opinião dos autores sobre a notavel influencia, que a differença entre o sexo, mesmo nas mulheres de bacia bem conformada, exerce sobre a duração do trabalho do parto, acarretando perniciosos accidentes á saude e á vida da mãi e do filho, é contestada por Joulin, que não obstante ter em grande consideração as Estatisticas, quando principalmente á ellas se ligão nomes illustres, como os de Clarke e Simpson, todavia, duvida que a pequena differença para mais, que se observa no volume da cabeça do feto do sexo masculino, seja a causa unica da manifestação de tão assignalados perigos.......... *j'avoue*, diz Joulin, *que j'ai peine à attribuer de si grands effects à de si faibles causes, car il ne s'agit pas ici de bassins rétrécis, où quelques millimètres en plns ou en moins dans le diamètre de la tête fœtale ont une grande importance.*

O autor não sancciona, pois, as conclusões de Clarke e de Simpson, e espera que, novas observações venhão dissipar as trevas da duvida condensadas em seu espirito, principalmente quando mui frequentemente se observão cabeças de *meninas* mais volumosas que de *meninos.*

Confessamos o nosso embaraço, aliás muito natural, quando temos de dar a nossa opinião sobre factos, que se fundão na observação e na experiencia, e quando na arena das discussões encontramos robustos contendores, como Clarke, Simpson e Joulin.

Nós não contestamos a authenticidade das observações de Clarke, e de outros autores relativamente ao volume maior da cabeça do menino, como faz Joulin, ao espirito do qual, não satisfazem 384 observações de Thulstrup de Christiania, e 120 de Clarke. Joulin diz ser muito frequente ver-se cabeças de meninas mais volumosas que de meninos; porem o *muito frequente* de Joulin, não abala na nossa opinião o *quasi constante* de todos os autores, que teem uma opinião contraria.

Não negamos que a cabeça mais volumosa exerça *uma certa influencia* sobre a *duração* do trabalho do parto, abraçamos, porem, a opinião de Joulin quando contesta que o augmento de um centimetro na circumferencia occipito-frontal, e de trez millimetros de uma orelha á outra, sejão a *causa unica* de tantos accidentes sobrevindos á mãi e ao filho, tendo aquella uma bacia *bem conformada.*

Comparação dos diametros da cabeça do feto e da bacia.

A facilidade ou difficuldade, a possibilidade ou impossibilidade do parto dependendo das relações que guardão entre si os diametros da cabeça do feto e os do canal que ella deve percorrer, julgamos conveniente apresentar em nosso trabalho o seguinte *quadro comparativo dos diametros da bacia da mulher e da cabeça do feto de termo.*

BACIA

	DIAMETROS ANTERO POSTERIORES	DIAMETROS TRANSVERSAES	DIAMETROS OBLIQUOS	DIAMETRO SACRO-COTYLOIDIANO
Estreito abdominal.	11 á 11 $^1/_2$ cent. (4 á 4 $^1/_4$ poll.)	13 $^1/_2$ cent. (5 poll.)	12 cent. (4 $^1/_2$ poll.)	10 á 10 $^1/_2$ c. (3 $^1/_2$ á 3 $^3/_4$)
Excavação	12 á 13 » (4 $^1/_2$ á 4 $^3/_4$ »)	12 » (4 $^1/_2$ »)	12 » (4 $^1/_2$ »)	....
Estreito perineal..	11 á 12 » (4 á 4 $^1/_2$ »)	11 » (4 »)	11 á 12 » (4 á 4 $^1/_2$ »)	....

CABEÇA DO FETO

DIAMETROS	antero-posteriores	Occipito-mentoniano	13 $^1/_2$ cent. (5 poll.)
		Occipito-frontal.	11 á 11 $^1/_2$ cent. (4 á 4 $^1/_2$ poll.)
		Sub-occipito-bregmatico.	9 $^1/_2$ cent. (3 $^1/_2$ poll.)
	transversos	Biparietal.	9 á 9 $^1/_2$ cent. (3 $^1/_4$ á 3 $^1/_2$ poll.)
		Bitemporal.	7 á 8 cent. (2 $^1/_2$ á 3 poll.)
	verticaes	Trachelo-bregmatico....................	9 $^1/_2$ cent. (3 $^1/_2$ poll.)
		Facial.	8 cent. (3 poll.)

Á vista desta comparação, não se pode deixar de concordar com as seguintes proposições:

1.ª O diametro occipito-mentoniano é igual ao transverso do estreito abdominal, e maior que qualquer dos da excavação e do estreito perineal.

2.ª A cabeça do feto, apresentando-se pelo diametro occipito-mentoniano, quando mesmo passasse o estreito superior, seria parada na sua progressão, pela convergencia das paredes lateraes da excavação, tornando-se impossivel o parto.

3.ª Em virtude das proposições precedentes, torna-se sempre preciso que o occiput se desprenda antes do mento, ou este antes do occiput.

4.ª A posição mais favoravel será aquella, em que a cabeça no sentido de flexão muito pronunciada, apresente o seu diametro sub-occipito-bregmatico em relação com um diametro obliquo e a circumferencia desse diametro parallela ao plano do estreito.

Articulação da cabeça com a columna vertebral.

A articulação occipito-atloidiana move-se no sentido de flexão, e de extensão, em quanto que a articulação atloido-odontoidiana, pertencente ao genero throchoide ou ginglymo lateral de alguns autores, só tem o movimeuto de rotação, e este mesmo só pode effectuar-se, normalmente até que o mento corresponda ao diametro transverso do tronco, isto é, que o mento tenha descripto *livremente* um quarto de circulo.

Os movimentos que a cabeça do feto pode executar, sem que resulte damno algum, são: os de flexão, de inclinação lateral, e de extensão; porque estes movimentos encontrão sempre o sterno, as espadoas, e a parte superior do dorso, que limitão a sua extensão. O mesmo, porem, não acontece com o movimento de rotação, que não é, como os outros, limitado pelo encontro da porção superior do tronco, e, sempre que, estando fixo o tronco, elle exceder os seus limites naturaes, poderá resultar uma luxação, ou uma compressão da medulla, que promptamente comprometteria a vida do feto. A falta de ideias exactas sobre a extensão dos movimentos da cabeça do feto sobre o rachis, tem sido muitas vezes fatalmen-

te prejudicial á pobres innocentes, vindos ao mundo cadaveres, quando momentos antes do parto estavão cheios de vida e de vigor.

Chailly diz que, se pode exceder um pouco o quarto de circulo, sem comprometter a existencia do feto; e Lachapelle, citada por este autor, diz ter observado numerosos casos.

A maior parte dos autores modernos citão dous casos de Dubois, em que os meninos não soffrerão lesão alguma, apezar de uma torsão exagerada. O desenvolvimento incompleto das vertebras, e a grande laxidão dos ligamentos que unem a cabeça á columna vertebral, permittem á cabeça do feto movimentos muito mais extensos do que á do adulto, e, somente, á esta circumstancia se poderá attribuir a pouca gravidade da rotação exagerada da cabeça do feto (de funestas consequencias no adulto), a não dizer-se que, o tronco seguio tambem a direcção imprimida á cabeça.

Estes factos, porem, de Dubois, e outros, são excepcionaes, e o Parteiro não deve, senão en casos de absoluta necessidade, transgredir esta lei anatomica, ultrapassando os limites naturaes d'essa rotação.

PARTE SEGUNDA

Mecanismo dos differentes movimentos que executa a cabeça do feto durante o parto e suas causas.

> Connais donc la nature, et régle-toi sur elle.
> Georg. de Virg. Liv. 1 (traducção de Delille).
> ......la nature simple et grave n'est pas, comme on s'efforce de nous la présenter, capricieuse et folâtre dans ses opérations; si quelquefois on la voit dévier de sa route, elle ne s'en détourne jamais entiérement.
> Mme Boivin (Memorial T. 1, pag. 170).

SECÇÃO PRIMEIRA

Para intelligencia do nosso trabalho, observamos que seguimos nas apresentações e posições a classificação geralmente adoptada, e professada por Dubois, Nœgele, Stoltz, Caseaux, Jacquemier e Pajot, e examina-

remos as posições por sua ordem de frequencia, segundo as Estatisticas mais acreditadas.

Mecanismo e causas dos movimentos da cabeça do feto nas posições da apresentação do vertice

Antes do trabalho do parto, e durante os ultimos meses da prenhez, o vertice é mais accessivel ao dedo, que pratica o toque vaginal, do que outra qualquer parte do feto que se apresente; com effeito, o vertice, em virtude de sua forma arredondada e espheroidal, adapta-se melhor á forma do segmento inferior do utero, e do estreito abdominal, em quanto que outra qualquer parte fetal que se apresenta, sendo volumosa e irregular, adapta-se mal, e deixa passar para a parte inferior do utero, por entre os pontos, que não estão em contacto com a parede uterina, uma grande porção de liquido amniotico, de maneira que, fica sempre muito elevada, e difficilmente accessivel ao toque.

I

Posição occipito-iliaca esquerda anterior.

No começo do trabalho, e antes da ruptura das membranas, o feto apresenta as seguintes relações:

O occiput corresponde á cavidade cotyloide esquerda, e a fontanella posterior se acha pouco afastada d'este ponto da circumferencia pelviana; a fronte corresponde á symphysis sacro-iliaca direita, achando-se a fontanella anterior mais approximada do centro da bacia; a sutura sagital segue a direcção do diametro obliquo esquerdo da bacia; o plano anterior ou sternal do feto está para atraz e para a direita; o plano posterior ou dorsal está para adiante e para a esquerda; a espadoa esquerda está acima da symphysis sacro-iliaca esquerda; a espadoa direita está acima da cavidade cotyloide direita; a extremidade pelviana occupa o fundo do utero; a cabeça se apresenta ligeiramente curva sobre o peito; o diametro occipito-frontal é parallelo ao diametro obliquo esquerdo do estrei-

to abdominal, e a sua circumferencia segue a direcção do plano deste estreito.

O diametro biparietal não segue rigorosamente, segundo P. Dubois, a direcção do diamentro obliquo direito; este, como se sabe, estende-se da symphysis sacro-iliaca esquerda á eminencia ileo-pectinea do lado opposto, mas o bi-parietal, com quanto se ache tambem em relação, por sua extremidade posterior, com a symphysis sacro-iliaca esquerda, comtudo, a sua extremidade anterior corresponde ao meio do ramo horisontal do pubis.

O diametro trachelo-bregmatico segue a direcção do eixo do estreito superior.

Segundo Næegele, e Dubois, a cabeça se offerece, a maior parte das vezes, em uma direcção obliqua ao planc do estreito abdominal, e não em uma direcção perpendicular, resultando d'esta obliquidade a falta de parallelismo entre a circumferencia occipito frontal, e o contorno do estreito superior. Ainda em virtude desta inclinação, a bossa parietal anterior estaria, relativamente ao plano do estreito, mais baixa do que a posterior; a sutura-biparietal, segundo Dubois, estaria um pouco para atraz do eixo do estreito superior, e segundo Næegele, a obliquidade seria tal que, esta sutura olharia mesmo a segunda vertebra sacra.

Caseaux é de opinião contraria á d'estes illustres professores, e admitte a circumferencia occipito- frontal, com mui pequena differença, parallela ao plano do estreito abdominal. É verdade, diz Caseaux, que a bossa parietal é um dos pontos mais declives da cabeça, e que é ella que o dedo encontra primeiro quando se pratica o toque. Mas estes factos, continúa o mesmo autor, em que Nœgele se funda, provão precisamente contra sua opinião: porquanto o plano do estreito superior, sendo dirigido muito obliquamente para adiante e para baixo, a parte da cabeça, que estiver em relação com o arco anterior da bacia, deverá ser o ponto mais declive da cabeça: se, demais, o dedo encontra logo a bossa parietal anterior, é porque o dedo introduzido debaixo da symphysis do pubis, isto é, por um plano quasi perpendicular ao estreito superior, não pode chegar senão mui obliquamente sobre a porção anterior da cabeça, da qual a grande circumferencia é parallela ao plano do estreito superior.

Os autores modernos dividem, desde Tarnier, o mecanismo do traba-

lho em seis tempos: o de flexão, o de descida ou progressão, o de rotação interna, o de extensão, o de rotação externa e o de expulsão do tronco.

Primeiro tempo. Flexão.—Com a ruptura da bolsa das aguas, a cavidade uterina fica livre de uma porção do liquido amniotico, e as paredes do utero, em virtude de sua propriedade contractil, se adaptão, mais ou menos completamente, sobre toda a superficie fetal.

Sob a influencia das contracções uterinas, e das resistencias, que a cabeça encontra á sua progressão, a flexão ligeira ou moderada, que já existia no começo do trabalho, se exagera, o occipital abaixa-se, e o mento eleva-se approximando-se o mais possivel do peito.

Nestas circumstancias, mudão-se as relações da cabeça para com a bacia: o diametro sub-occipito-bregmatico substituio o occipito frontal, e é parallelo ao diametro obliquo esquerdo;—a circumferencia sub-occipito-bregmatica é agora parallela á circumferencia do estreito abdominal;—o diametro bi-parietal conserva as mesmas relações que tinha d'antes, e o diametro occipito-mentoniano substituio o trachelo—bregmatico, e se approxima do eixo do estreito superior.

Cazeaux, explicando este movimento, diz que, a impulsão, imprimida pela contracção uterina ao tronco do feto, é transmittida pelo rachis ao buraco occipital, isto é, á um ponto mais approximado do occiput que do mento; ora, as resistencias offerecidas á progressão da cabeça, quer pelo collo insufficientemente dilatado, quer pelo contorno do estreito superior ou pelas paredes da excavação, sendo iguaes nas extremidades do diametro occipito-mentoniano, a impulsão uterina deve obrar mais energicamente sobre o occiput que sobre o mento; o occiput, por consequencia, abaixa-se, o mento eleva-se, e a flexão se produz.

Esta explicação firma-se em bases falsas: ella suppõe a potencia e as resistencias exercendo-se sobre o diametro *occipito-mentoniano*, quando deverião obrar sobre o diametro *occipito-frontal*, que está primeiro em relação com o diametro obliquo esquerdo da bacia. Esta explicação suppõe ainda a impulsão passando necessariamente e sempre pelo buraco occipital; o que demonstraremos que, nem sempre assim acontece.

Todavia, pode-se admittir a explicação de Cazeaux, *assim modificada*, no começo das contracções uterinas, porque nesta occasião, mais facilmente a impulsão se transmitte pelo rachis, que é uma parte solida,

do que pelas partes molles; e terminando mais perto do occiput, que da fronte, ella eleva esta, e abaixa aquelle; porem, como mui judiciosamente observa Hyernaux, quando o utero se contrahe com energia, estejão ou não as membranas intactas, o feto encolhe-se todo, reune todas as suas partes, de modo que, estas constituão um ovoide solido, formado, por assim dizer, de uma só peça, e desde então a posição e a direcção do rachis, não influem mais sobre a direcção da impulsão, que se torna invariavel, isto é, que se faz sempre no sentido do eixo do utero.

Como mais adiante veremos, acontece muitas vezes, sobre tudo quando o diametro occipito-frontal se apresenta francamente parallelo ao obliquo esquerdo do estreito abdominal, que a cabeça atravessa livremente o estreito superior e a maior parte da excavação, sem curvar-se mais do que primitivamente.

Outras vezes, porem, pode o diametro, occipito-frontal apresentar-se um pouco obliquamente ao diametro obliquo esquerdo do estreito superior, de modo que, o occiput esteja um pouco mais baixo que a fronte; neste caso a explicação de Hubert (de Louvain) é a melhor que conhecemos:

A linha occipito-frontal, diz este autor citado por Hyernaux, impellida de cima para baixo, por uma força, que obra no sentido do eixo uterino, introduz-se obliquamente entre os planos convergentes constituidos pelas paredes uterinas dispostas em funil, e pelas duas paredes pelvianas, que lhes correspondem.

Estas obrarão, pois, sobre as extremidades deste diametro occipito-frontal, offerecendo á cada uma resistencias horisontaes contrarias, mas não directamente oppostas; o que produzirá o abaixamento do occiput, sem ser preciso admittir-se que a impulsão passe *necessariamente* e *sempre* pelo *buraco occipital*.

Occupemo-nos agora de uma outra questão não menos importante.

Em que epocha do trabalho se produz a flexão?

A flexão se produzirá no estreito superior ou somente no pavimento perineal?

As opiniões divergem á este respeito.

O eminente Parteiro Italiano, M. Fabri, é de opinião que, a flexão só se completa quando o vertice chega ao fundo da excavação, e que a posição se tenha convertido em antero posterior.

Este autor funda-se na comparação da fronte e do occiput com certos pontos da bacia.

Antes da cabeça ter descido, isto é, quando ella se acha ainda afastada do fundo da bacia, a fontanella anterior é accessivel ao toque, mas o dedo index não attinge mais esta fontanella logo que a cabeça tenha effectuado a sua descida. D'aqui se tem concluido que, o occiput se tem abaixado e a fronte elevado.

Não existe semelhante elevação da fronte: é verdade que, o dedo explorador não attinge mais, nestas circumstancias, a fontanella anterior, não porque ella se tivesse elevado, mas sim, porque o dedo torna-se *mais curto*, visto como elle é forçado á curvar-se costeando a superficie craneana, que oblitera a passagem.

Depois que a cabeça tem feito no fundo da excavação o seu movimento de rotação, o sabio professor da Universidade de Bolonha, procura verificar quaes as relações, que guardão as duas fontanellas anterior e posterior, para com certos pontos da bacia: com effeito, pelo toque vaginal nota-se que, a fontanella occipital desceu pouco abaixo da symphysis pubiana, ou se acha ainda occulta por detraz desta, conforme a maior ou menor profundidade da excavação da bacia; pelo toque rectal verifica-se que, a fontanella bregmatica está acima do corpo do coccyx, d'onde elle conclúe que, a cabeça desceu a prumo no fundo da bacia, seguindo a direcção do eixo da excavação, e percorreu toda a altura desta, sem soffrer nenhum movimento de flexão.

Muitas vezes, é verdade, as cousas se passão como pensa Fabri, dadas, porem, *certas condições.*

A observação, como diz Jacquemier, mostra que, não só no comêço do trabalho, senão ainda em uma epocha muito adiantada, mesmo depois da ruptura da bolsa das aguas, a cabeça conserva sua flexão primitiva, quando mesmo ella tenha descido profundamente na excavação, com tanto porem, que ella *não comprima o pavimento perineal.*

Nestas palavras de Jacquemier, que intencionalmente sublinhamos, vê-se ja uma condição á não flexão da cabeça, e nesta condição o autor faz presentir a ideia de obstaculo, porque, diz elle mais adiante: «.......il paraît évident que si la tête, ne se fléchit pas davantage en traversant le détroit abdominal et la plus grande partie de l'excavation, c'est parce qu'elle y pénètre librement. »

É preciso, portanto, que a cabeça não encontre, como muito bem diz

Joulin, nenhuma resistencia á sua descída na excavação, que a ruptura das membranas não tenha lugar senão depois da completa dilatação do collo, que o feto seja de um pequeno volume, que, finalmente, dizemos nós, a cabeça e a bacia tenhão as suas dimensões normaes, isto é, que o diametro occipito-frontal tenha 11 á 11 $^{1}/_{2}$ centimetros, e o obliquo esquerdo tenha 12 á 13 centimetros; pelo que, prevendo nós a applicação importante destas relações, temo-las lembrado na primeira parte deste trabalho, em um mappa comparativo da cabeça do feto, e da bacia da mulher.

Com estas condições, pois, admittimos que, a cabeça não soffre o seu movimento de flexão, senão no momento em que ella chega ao pavimento perineal, que é um obstaculo á sua progressão; e lamentamos que, o professor Fabri seja tão exclusivo no seu modo de pensar, pela omissão destas considerações, tão importantes, como é importante tudo que diz respeito ao mecanismo do trabalho.

Vejamos agora se a flexão se poderá produzir tambem no estreito superior.

Nós acabamos de dizer que, qualquer resistencia, qualquer obstaculo, que a cabeça encontre á sua progressão, a fará curvar; ora, se este obstaculo se apresentar no estreito superior, é claro que a flexão ahi se produzirá.

As membranas, por exemplo, rompendo-se antes da completa dilatação do collo, fazem com que a flexão se effectue no estreito superior; se as aguas correrem pouco á pouco, ella se produzirá lentamente; se, ao contrario, as aguas sahirem com impeto, e em grande quantidade, ella se fará com rapidez; por quanto, a força d'impulsão obrará então mais directamente sobre a superficie fetal.

A cabeça curva-se, por consequencia, no estreito superior, e então suas relações primitivas mudão-se, dando lugar á outras, que ja tivemos occasião de mencionar no começo deste artigo.

A flexão é um movimento importante, no ponto de vista do trabalho; porque ella faz com que a cabeça apresente diametros mais favoraveis á sua expulsão.

Segundo tempo. Descida.—Muitos dias antes do parto, ou durante uma

parte do primeiro periodo do trabalho, nota-se, geralmente, quando a bacia e a cabeça são bem conformadas, que o vertice, repousando sobre a parede uterina, quasi sem intermedio de liquido amniotico, desce até á parte média da excavação, e algumas vezes chega mesmo tocar a parte posterior do pavimento perineal.

Jacquemier pensa que, a descida da cabeça na excavação, muitos dias antes do trabalho, ou durante uma parte do primeiro periodo, é devida mais á acção da gravidade, do que ás contracções uterinas.

Nós admittimos a causa apresentada por este autor, quando a descida se effectúa *muitos dias antes do trabalho*, porque, com effeito, por este tempo da gestação, não existem ainda contracções, ou se as ha em algumas mulheres, ellas se manifestão com longos intervallos, são tão pouco energicas e passageiras que, nos parece serem insufficientes para impellirem á cabeça semelhante progressão; mas, quando a cabeça ainda não tem descido até o comêço do *primeiro periodo do trabalho*, é claro que, se ella desce durante uma parte deste periodo, isto será devido antes ás contracções, que procurando dilatar o collo obrão indirectamente sobre ella, do que á acção da gravidade, pois que esta até *este momento* tem sido indifferente ou impotente.

Como quer que seja, a cabeça permêa o canal pelviano, e para todos os Parteiros este movimento se tem completado quando a circumferencia occipito-bregmatica se acha pouco mais ou menos parallela ao plano do estreito inferior, isto é, quando as bossas parietaes chegão ao nivel do estreito inferior.

Para Joulin, a descida não está ainda completa, quando a cabeça chega ao fundo da bacia; «......le tronc, diz este autor, à son tour, doit suivre la même voie, après que l'expulsion de la tête lui aura laissé la place libre. »

Todavia, entendemos que, as cousas devem ficar no estado em que se achão; seria inutilmente complicar o mecanismo do trabalho; e nós observamos ao illustrado practico que, não só o segundo, mas quasi todos os demais tempos, achar-se-hião então tambem incompletos, segundo a sua maneira de ver.

Resulta das observações consciençiosas e perseverantes de Fabri que, a bacia não é um canal cnrvo como se tem dito até hoje.

O verdadeiro eixo da excavação pode ser representado por uma linha recta, e a cabeça impellida pelas contracções uterinas, desce ao fundo da bacia, seguindo a direcção deste eixo e não a direcção de uma linha, que seria parallela á face curva do sacro, como os autores representão o eixo da excavação (1)

É evidente que, a cabeça percorrendo a excavação em posição obliqua, e não estando, por consequencia, em contacto com o sacro, este não pode de modo algum influir sobre a direcção, que ella deve seguir.

A parede cotyloide esquerda, e a symphysis sacro-iliaca-direita, são os pontos com os quaes o occiput, e a fronte se achão em relação durante a sua progressão;—a cabeça não pode, portanto, seguir uma direcção

(1) Chamamos a attenção do leitor sobre este interessante ponto de obstetricia.

A' excepção de Hyernaux, não nos consta que autor algum (pelo menos francez ou inglez), tivesse propagado as ideias do professor de Bolonha.

Considerando a configuração da bacia, de um modo muito diverso do que teem feito os autores, Fabri, depois de 20 annos de aturados estudos e multiplicadas experiencias, animou-se a arrostar com o erro que se tinha propagado, e passado incólume na sciencia.

Adoptamos as novas ideias do professor Fabri, principalmente aquellas, que dizem respeito aos estreitos, aos eixos e á excavação; e dezejando sermos bem comprehendidos em nossa dissertação, não podemos deixar de mencionar alguns pontos importantes, tirados da Memoria do professor Fabri, e transmittidos por Hyernaux no seu *Traité Pratique de l'art des accouchements.*

Duplo plano do estreito inferior.—Este estreito é composto de dous planos; o primeiro, que corresponde á metade posterior, é parallelo ao plano do estreito abdominal; o segundo, que corresponde á metade anterior, é quasi perpendicular ao primeiro. O ponto de reunião destes dous planos corresponde ás tuberosidades ischiaticas, onde elles formão, pouco mais ou menos, um angulo recto.

Nós observaremos que esta ideia de Fabri não é inteiramente nova; por quanto, muito antes d'elle, Dugès publicava em Pariz, em 1826, o seu *Manuel d'obstétrique*, onde elle reconhecia no estreito inferior duas partes, pouco mais ou menos iguaes, uma anterior, e outra posterior, reunidas nas tuberosidades sciaticas, e offerecendo cada qual um plano, e um eixo distinctos. Dugès expendia ainda as mesmas ideias em 1830.

Joulin, no seu *Traité complet d'accouchements* (uma das obras mais modernas que possuimos) diz:

« La disposition de ces parties (tratando das partes que limitão o estreito perineal) permet de les diviser en deux plans inclinés: l'un anterieur, ayant la forme d'un *V*, dirigé de haut en bas et d'avant en arrière, et constitué par des éléments osseux est inextensible; l'autre posterieur, dirigé d'arrière en avant est formé par des parties fibreuses et mobiles qui permettent une certaine extensibilité; les points de convergence des deux plans sont les tuberosités sciatiques. »

curvilinea, visto como a parede cotyloide é invariavelmente recta, e não lhe pode dar uma direcção differente.

Quer se admitta a opinião de Cazeaux quer a de Nœgele e Dubois (pag. 19) sobre a situação respectiva das bossas parietaes, relativamente ao plano do estreito superior, é certo que, estas bossas se achão sobre o mesmo plano horisontal no momento em que a cabeça chega no estreito inferior.

Para que assim aconteça, é necessario que a bossa parietal posterior empregue maior velocidade em sua descida do que a anterior, porquanto, em virtude da differença de altura das paredes anterior e posterior da excavação, aquella tem de percorrer um trajecto mais longo do que esta.

Joulin quando assim s'exprimia, não tinha, segundo nos parece, noticia da Memoria de Fabri, nem do Tratado de Partos de Hyernaux; porque no seu *Catalogo das obras publicadas sobre Partos*, elle não faz menção desses autores.

Para Cazeaux, esta maneira d'encarar o estreito inferior complica a questão, *sem utilidade*, e elle prefere considerar o plano terminal da bacia, representado pela linha coccyx-pubiana, abstrahindo as tuberosidades lateraes.

Entretanto, pensamos de modo diverso deste sabio Parteiro, e julgamos de *muita utilidade* o conhecimento deste duplo plano, e, se o merito de Fabri não está em ter elle indicado, como muitos autores ja o tinhão feito antes e depois d'elle, o numero e a disposição desses planos, não se pode comtudo negar que, elle se avantaja sobre todos esses autores, por ter reconhecido o papel distincto, e importante que estes dous planos representão no mecanismo do trabalho.

Da disposição desses dous planos resulta que, a parede ossea anterior da excavação é, em sua parte média, muito mais curta puc as paredes lateraes e posterior.

O *eixo* do estreito é representado por uma linha, que vai ao meio do espaço sub-pubiano, partindo do ponto de reunião da terceira vertebra sacra com a quarta.

Altura da excavação.—Para Fabri, a medida das paredes da excavação não representa de modo algum a altura d'ella, visto como em um corpo, cujos lados ou paredes não são perpendiculares á base, o comprimento desses lados, ou dessas paredes, jamais poderá representar a altura desse corpo.

Hyernaux aconselha, para que possa fazer-se uma justa apreciação da altura de uma bacia, collocá-la sobre uma meza de modo que ella descance sobre as tuberosidades sciaticas, e sobre o coccyx. Sua verdadeira altura ou profundidade, diz este autor, é então sensivelmente indicada por uma linha, que cahe, perpendicularmente, do meio do diametro antero-posterior do estreito superior, sobre o fundo da excavação. Se a bacia é bem conformada, esta linha divide ao meio o espaço comprehendido entre o angulo sacro-vertebral, e o bordo superior dos ossos do pubis, e vem cahir muito perto da extremidade do coccyx, indicando, portanto, o verdadeiro centro do fundo da excavação.

Nota-se pela comparação de differentes bacias que, a altura da excavação varia nos

Hubert, em uma nota, na edição belga de Cazeaux, explicou este movimento das bossas parietaes, mas Hyernaux, que adopta a opinião de Fabri sobre a configuração da bacia, modifica a explicação do professor de Louvain:

A cabeça desce na bacia, seguindo a linha central da excavação, que é recta. A força d'impulsão do utero, estando na direcção desta linha, passa á igual distancia das duas bossas parietaes. Em vez de uma força, diz Hyernaux, supponhamos, o que vem á ser o mesmo, duas forças equivalentes, obrando simultaneamente sobre cada uma das bossas parietaes.

Estas bossas penetrão na bacia com uma igual velocidade, visto como

differentes individuos, desde 8 até 11 centimetros, quando mesmo todas as outras medidas apresentem um comprimento normal.

Esta differença, continúa Hyernaux, na altura da excavação, deve necessariamente trazer uma differença tambem na altura do angulo do pubis, ou espaço sub-pubiano, e admittindo que, a symphysis do pubis tenha a sua medida normal, 4 à 4 $^1/_2$ centimetros, pode-se estabelecer este facto, muito importante no ponto de vista do parto, que quanto mais a excavação é profunda, mais o espaço sub-pubiano é elevado.

O seguinte trecho de Hyernaux, que reproduzimos textualmente, confirma ainda o que acabamos de dizer, e apresenta ao leitor o meio evidente, e engenhoso de que se servio Fabri, para demonstrar que, a bacia não é um canal curvo:

« C'est aussi en voyant le bassin à l'état frais qu'on peut se rendre bien compte que l'extrémité du coccyx occupe réellement le centre du fond de cette cavité, et la ligne que nous considérions tantôt comme mesurant la profondeur de l'excavation, apparaît alors comme la véritable ligne centrale ou *axe du bassin*.

En effet, elle se dirige du milieu de l'entrée vers le centre du fond, en passant par des points également distants des parois antérieure et postérieure, de la paroi latérale droite et de la paroi latérale gauche. En la prolongeant vers le haut, on obtient l'axe du détroit supérieur qui s'éloigne d'autant plus de l'axe du corps qu'il s'élève davantage à travers la cavité abdominale. Ainsi, continue à le faire remarquer M. Fabri, la cavité qu'on a sous les yeux n'offre en aucune façon l'aspect d'un canal courbe. On ne peut y voir autre chose qu'une cavité grossièrement cylindrique, largement ouverte par en haute et pour ainsi dire à peine percée à jour vers le milieu de sa paroi antérieure. Toutes les fois qu'il a jugé nécessaire de démontrer d'une manière sensible que telle est réellement la configuration de la cavité du bassin, il a eu recours à l'expédient que voici: il remplissait l'excavation de plâtre liquide, et la forme moulée qu'il en retirait ensuite, rendait évidentes à tous les yeux les particularités rappelées cidessus. »

Tira-se, portanto, mui naturalmente do que acabamos de expôr, a seguinte consequencia: *A extremidade fetal que primeiro se apresentar no momento do parto deverá descer ao fundo da bacia, seguindo a direcção do verdadeiro eixo da excavação, isto é, uma direcção rectilinea, e não curva.*

a potencia, e as resistencias ainda são as mesmas; mas, logo que, a cabeça chega na excavação, o attrito da bossa parietal contra o corpo do pubis correspondente e contra o labio anterior do collo uterino, faz com que a força, que obra sobre o hemicraneo anterior perca de sua efficacia.

A bossa parietal posterior, que corresponde á symphysis sacro-iliaca-esquerda, não tendo, como a anterior, resistencias á vencer, a força que obra sobre ella tem conservado toda a sua energia; ella deverá pois percorrer todo o plano posterior da excavação com mais facilidade, e maior velocidade que a anterior, descrevendo ao mesmo tempo um arco de circulo, que teria por centro o ponto de contacto da bossa anterior com o corpo ou o ramo do pubis.

Ao descer na excavação, o occiput põe-se em relação para adiante com a face interna e anterior do corpo do ischion, com a face interna do musculo obturador interno, e com os nervos e vasos obturadores internos: a fronte põe-se em relação para atraz, com o bordo interno do musculo psoas, com a face interna do pyramidal, com o plexo ou o nervo sciatico e com os nervos e vasos gluteos e pudendos internos (Cazeaux).

Terceiro tempo. Rotação interna.—As contracções uterinas continuão: a cabeça chega ao fundo da bacia, em posição diagonal, e é ahi detida pelo pavimento perineal.

Sabe-se que, a excavação apresenta o aspecto de um um cone de vertice troncado, dirigido para baixo e que, por consequencia, os diversos planos, que entrão na composição deste cone, devem naturalmente convergir para o vertice, diminuindo d'est'arte a extensão dos diametros.

A cabeça do feto, em virtude desta disposição da bacia, e da posição diagonal em que ella se acha, procura, por meio de um movimento de rotação, collocar-se de modo que, os seus maiores diametros correspondão aos maiores da cavidade que a contem, satisfazendo assim a lei fundamental do trabalho do parto.

Durante este movimento de rotação, o occiput se dirige progressivamente da esquerda para a direita, e vem collocar-se debaixo da arcada do pubis;—a fronte róda em sentido contrario, até á curvadura do sacro.

Ao mesmo tempo que a cabeça faz o seu movimento de rotação, o vertice impellido, por novas contracções uterinas, calca o perinêo, desenvolve-o, adelgaça-o, e distende-o á ponto de formar um tumor, algumas

vezes tão consideravel que, dir-se-hia que a parede perineal vai romper-se para dar passagem á cabeça.

O movimento de rotação se completa quando o occiput, tendo se introduzido debaixo da arcada pubiana, a parte posterior do pescoço se applica contra a face posterior da symphysis do pubis.

Nesta nova posição da cabeça, o diametro sub-occipito bregmatico (1) é pouco mais ou menos parallelo ao diametro pubio-coccygiano, e o bi-parietal é parallelo ao bi-sciatico.

As opiniões as mais contraditorias se tem apresentado para explicarem o movimento de rotação interna.

Para muitos autores, os planos inclinados da bacia teem a mais decidida e immediata influencia sobre todos os movimentos, que a cabeça do feto executa na excavação.

O movimento de rotação não escapou por tanto á influencia geral dos planos inclinados, e a direcção desses planos explicava mui satisfactoriamente o phenomeno.

Semelhante asserção, porem, será completamente refutada se considerarmos:

1.º Que o movimento de rotação se executa muitas vezes em sentido inverso da direcção desses planos; por exemplo: nas posições occipito-posteriores.

2.º Que o movimento de rotação tem lugar, algumas vezes, no estreito superior, e quasi sempre no pavimento perineal *abaulado*, isto é, em lugares em que seria nulla ou quasi nulla a influencia da direcção dos planos inclinados.

Dubois conclue de suas experiencias (2) sobre o utero de uma mulher morta pouco tempo depois do parto, que a causa do movimento de ro-

(1) A cabeça estando em flexão pronunciada.

(2) Eis a experiencia de Dubois, publicada no *Journal des connaissances médico-chirurgicales*:

« Chez une femme morte peu de temps après accouchée, l'utérus, resté flasque et volumineux, fut largement ouvert jusque auprès de l'orifice. Le fætus de cette même femme fut placé à l'orifice utérin très-béant et très-mou, dans une position occipito-iliaque droite postérieure du sommet. Plusieurs élèves sages-femmes, comprimant et poussant le fætus de haut en bas, le firent pénétrer sans peine dans l'excavation du bassin: il fallut beaucoup plus d'efforts pour que la tête parcourût le périnée et franchît la vulve; mais ce ne fut pas sans surprise que nous vîmes, pendant trois essais succesifs, que,

tação reside na combinação dos seguintes elementos: de um lado, o volume, a forma e a mobilidade das partes, que são expulsas; de outro lado, a capacidade, a forma e a resistencia do canal percorrido.

Segundo Cazeaux, estas experiencias confirmão o movimento de que nos occupamos, mas não o explicão.

Este autor não duvida de que, a causa deste movimento esteja na forma e na direcção do canal, assim como na forma e no volume da cabeça do feto, porem elle crê que, a influencia desses diversos elementos preciza ser mais rigorosamente demonstrada, e propõe para preencher essa lacuna a seguinte theoria que nós reproduziremos textualmente:

« L'utérus est à peu près placé dans la direction de l'axe du détroit supérieur; la somme de ses forces expulsives, ou, pour parler plus clairement, la somme des contractions peut donc être réprésentée comme s'exerçant suivant la direction de l'axe de ce détroit supérieur.

La tête étant placée en position occipito-iliaque droite postérieure, l'occiput, poussé par la contraction utérine que lui transmet le rachis, descend donc dans la direction de l'axe du détroit supérieur, c'est-à-dire de haut en bas et d'avant en arrière, et continue à descendre jusqu'a ce qu'il rencontre la résistance de la partie inférieure et latérale du bassin ou des parties molles du plancher perinéal. Là il est arrêté pour peu que cette résistance soit considérable, et des lors la direction dans laquelle chemine l'occiput doit necessairement changer. Cette résistance, en effet, peut-être représentée par une force de direction perpendiculaire à la sur face heurtée, et qui serait appliquée à la tête du fœtus à son point de contact avec le plan postérieur de l'excavation. Ce point de contact est évidemment dans le cas qui nous occupe, la partie latérale droite et postérieure de la tête, qui vient heurter contre un des points de la paroi

quand la tête traversait les voies génitales externes, l'occiput était revenu en avant et à droite, et que la face s'était portée en arrière et à gauche. Nous répétâmes une quatrième fois l'expérience; mais cette fois la tête franchit la vulve, l'occiput étant resté en arrière.

Nous prîmes alors un fætus né mort de la veille, mais beaucoup plus volumineux que le précédent; nous le plaçâmes dans les mêmes conditions que le premier, et deux fois de suite la tête franchit la vulve après avoir exécuté son mouvement de rotation: au troisième essái et aux suivants, elle se dégagea sans qu'il eût été exécuté. Ainsi le mouvement de rotation n'a cessé d'avoir lieu que lorsque le périnée et la vulve ont perdu la résistance qui le rendait nécessaire, ou qui du moins en provoquait l'accomplissement. »

postérieure de l'excavation: la tête du fœtus, ou plutôt l'extrémité occipitale de cette tête, est dès lors poussée par deux forces différentes, dont l'une agit sur elle de haut en bas, d'avant en arrière, et un peu de gauche à droite (c'est la contraction utérine), et l'autre agit sur elle d'arrière en avant et un peu de bas en haut (c'est la force de résistance représentée par la perpendiculaire à la surface heurtée). En composant cette force née de la résistance avec celle venue de l'utérus et transmise par le rachis dans la direction de l'axe du détroit supérieur, on obtient, par le parallélogramme, une diagonale ou résultante des forces qui indique la direction du mouvement qui doit avoir lieu. Or, en construisant ce parallélogramme, on voit évidemment que l'occiput doit se porter en avant, en bas et à droite, puisque la diagonale ou résultante des forces est dirigée d'arrière en avant, de haut en bas et de gauche à droite. »

Esta theoria, segundo Joulin, não é applicavel á todas as posições, e este autor considera-a *insufficientemente demonstrativa*, sem todavia apresentar as razões, que o levão á esta asserção.

Apressemo-nos, comtudo, em dizer que, esta theoria com effeito, repousa sobre bases falsas:

Cazeaux, para satisfazer as necessidades de sua theoria, diz Hyernaux, attribúe ás contracções uterinas uma direcção de pura imaginação da *esquerda* para a *direita.*

O eixo do utero não é de nenhum modo dirigido para a direita, e a desviar-se para algum lado seria antes para a esquerda.

Demais, Cazeaux mesmo reconhece que, a força expulsiva s'exerce na direcção do eixo do estreito superior. Ora, nós sabemos que, a direcção, deste eixo é invariavel, e se a extremidade cephalica segue a sua direcção, isto é, para baixo, e para atraz, ella não poderá nunca pelo seu encontro com o plano posterior (1) da bacia, desviar-se para a *direita*, mas simplesmente para baixo, e para *adiante.*

A analyse que fizemos das theorias mencionadas, suscita-nos as seguintes considerações:

1.º O momento precizo da evolução do movimento de rotação interna é muito variavel.

(1) Vimos que Cazeaux em sua theoria suppõe, para exemplificar, a posição occipito-iliaca—direita posterior.

2.º A theoria qué explicasse todas as alternativas deste movimento seria incontestavelmente a melhor ou antes a verdadeira.

3.º No estado actual da sciencia, nós não conhecemos nenhuma, que offereça estas vantagens, e que satisfaça portanto esse desideratum.

Quarto tempo. Extensão.—Dissemos que o movimento de rotação se completava quando as contracções uterinas fixavão o occiput debaixo da arcada pubiana.

O occiput não pode ir mais longe; porque a parte posterior do pescoço, situada por detraz dos pubis, as espadoas e a parte superior do tronco, que neste momento invadem a excavação, impedem a sua progressão anterior.

Novas contracções fazem a cabeça descer, e calcar mais sobre o perinêo, cujos musculos, violentamente distendidos, reagem fortemente contra a cabeça, que sóbe um pouco quando as contracções cessão.

Bem depressa novas e energicas contracções se manifestão, e vê-se então a cabeça desprender-se, fazendo o seu movimento d'extensão, e descrever um arco de circulo, cujo centro é a nuca que parece tomar um ponto de apoio por detraz dos pubis.

Desde então, vão successivamente apparecendo, atravez da vulva dilatada, a sutura bi-parietal, o bregma, a sutura coronal, o nariz, a bocca, e, finalmente, o mento.

Neste momento, o perinêo, fortemente distendido, obedecendo á sua elasticidade propria, procura voltar ao seu estado primitivo, e o seu bordo anterior, escorregando pela face do feto, vem collocar-se para adiante do pescoço; então a cabeça, sem ponto de apoio, e abandonada ao seu proprio pezo, cahe entre as coxas da mulher com a face voltada para o anus.

A theoria mais geralmente aceita para explicar este movimento é a seguinte:

As espadoas, e a parte posterior do pescoço, que se acha por detraz do pubis, tornão impossivel a progressão anterior do occiput, que se acha debaixo da arcada pubiana; a impulsão das contracções uterinas, transmittida pelo rachis á cabeça, divide-se logo que chega ao nivel do buraco occipital, em duas forças, que se dirigem, uma para o occiput, e outra para o mento.

O occiput, em virtude de sua situação, não podendo obedecer á esta força dirigida contra elle, fica immovel;—a outra força obra então sobre o mento com toda a sua energia, abaixando-o e produzindo assim o movimento de extensão.

Tarnier pretende explicar o desprendimento da cabeça de uma outra maneira. Apresentando as razões em que se funda para não aceitar a antiga explicação, diz este autor que, quando o occiput está debaixo da arcada do pubis, o perinêo sobre o qual a cabeça está applicada, repelle para cima, e para atraz a parte anterior da cabeça, achando-se então o movimento de flexão o mais exagerado possivel.

O autor expõe a sua theoria nos seguintes termos:

« Le tronc s'engage dans l'excavation pendant que la tête distend et repousse le périnée, et le menton reste appliqué sur la poitrine, non-seulement jusqu'au moment où l'occiput se place sous l'arcade pubienne, mais encore jusqu'au moment où le bregma apparaît à la commissure postérieure de la vulve. C'est alors que le périnée agit comme une sangle élastique qui, d'une part, repousse la tête en haut sous l'arcade pubienne, tandis que d'autre part elle glisse rapidement sur la face qu'elle laisse à découvert en se rétractant vers la région coccygienne qui lui donne attache. Le dégagement de l'occiput et du vertex ne commence qu'autant que la tête est refoulée par le tronc; mais à ce moment, le périnée qui jusque-là était passivement distendu reprend son activité et se rétracte, comme nous l'avons dit, et en glissant sur la face imprime à toute la tête un mouvement d'extension qui a pour centre l'arcade du pubis. »

Como explicar, por esta theoria, o desprendimento da cabeça nas posições occipito-posteriores, quando o movimento de conversão, não tendo lugar, o occiput fica para atraz, até o fim do trabalho?...

Preferimos a theoria de Hyernaux, que se conforma com as ideias que temos emittido sobre o numero e a disposição dos planos do estreito inferior (1).

(1) Offerece-se-nos agora a occasião de continuarmos nas considerações de Fabri, e Hyernaux sobre a altura da bacia, que de caso pensado suspendemos na pag. 37, para não anticiparmos os factos.

« O comprimento do eixo da excavação, diz Hyernaux, determina em todo o individuo o gráo particular de profundidade da propria excavação.

Ora, esta profundidade é susceptivel de ser augmentada, e este augmento tem real-

Eis como o illustrado cirurgião da Maternidade de Bruxellas explica este movimento:

Depois do movimento de rotação, a cabeça se acha submettida á duas potencias, que obrão obliquamente uma sobre outra, á saber: a contracção uterina, que se exerce no sentido do eixo do utero, e a resistencia offerecida pelo plano chocado, cuja reacção é representada pela perpendicular á sua superficie. A resultante destas duas forças, indo de traz para adiante, a cabeça será obrigada a seguir esta direcção, dirigindo-se para o orificio vulvar parallelamente ao perinêo.

A nuca fixando se por detraz da symphysis pubiana, offerece obstaculos á progressão do occiput, que se acha debaixo da arcada; não achando porem a abobada craneana esses obstaculos, por isso que ella repousa sobre a goteira perineal, deprime pouco á pouco esta goteira, e a franquêa, descrevendo um arco de circulo cujo centro é a nuca.

mente lugar no ultimo periodo. Quando o coccyx se abaixa, e com elle todo o fundo da bacia, a profundidade da excavação deve necessariamente crescer em proporção, e desde então, a altura do espaço sub-pubiano, no plano do qual existe a verdadeira abertura de sahida da cavidade pelviana, deve soffrer igualmente um augmento relativo. Este facto, que não tem necessidade de demonstração ulterior, leva-nos á concluir que, o abaixamento do coccyx serve menos para prolongar o diametro coccyx-pubiano, do qne para augmentar a profundidade da excavação, e, por consequencia, a altura do espaço sub-pubiano, o qual, sem este augmento de extensão longitudinal, evidentemente não permittiria á abertura, que ahi se acha, dilatar-se bastante para dar passagem ao feto. Estas considerações nos provão que, não é inutil ter reconhecido que, o estreito perineal se compõe, não de um, mais de dous planos distinctos: porquanto, nós vemos que, a metade posterior é destinada á contribuir para o augmento indicado da profundidade, (*) emquanto que a metade anterior não tem outro destino senão o de se prestar á sahida do feto. »

Continúa ainda o mesmo autor: « Sendo fechado o fundo da bacia opposto á entrada, e situada a abertura de sahida na parede anterior, faz-se preciso que o feto, depois de ter seguido uma direcção rectilinea até ao fundo do canal que elle deve percorrer, mude completamente a direcção de seu trajecto. É neste momento que o fundo da bacia, deprimido com força, e consideravelmente distendido, se transforma em uma especie de goteira profunda, na qual o feto resvala, e abre com difficuldade um caminho dilatando a estreita abertura, que elle encontra na parede anterior. A direcção, que segue o

(*) Vêde na theoria de Hyernaux sobre o movimento de extensão de que acima tratamos, um outro papel, não menos importante, representado por esta metade posterior do estreito inferior.

O solido apparelho ligamentoso, que une o coccyx ao sacro e aos ischions, faz com que a reacção da metade posterior do estreito perineal seja muito energica, em quanto que a metade anterior do estreito, offerecendo mais flexibilidade, favorece a ampliação vulvar, e ao mesmo tempo, reage bastante para prevenir os accidentes, que resultarião da expulsão mui precipitada do feto.

Façamos agora applicação das noções, que temos sobre as relações, que devem guardar entre si a profundidade da excavação, e a altura do espaço sub-pubiano, na sahida da cabeça.

Normalmente, a excavação deve ter de profundidade onze centimetros, ou pouco mais, para que seja favoravel á uma cabeça de feto de termo, cujo diametro vertical seja de mais de 8 centimetros.

A altura do espaço sub-pubiano, para que seja proporcional á altura in-

feto neste periodo do parto, é quasi perpendicular á que elle até então tinha tido; ella pode ser representada por uma linha, que parte do meio da altura adquirida pelo espaço sub-pubiano, entra na excavação, e corta em angulo recto o eixo desta. Esta linha prolongada até a superficie concava do sacro, encontra-a pouco mais ou menos no ponto de reunião da terceira com a quarta peça deste osso. Esta mesma linha, que é ligeiramente curva, de concavidade dirigida para cima, constitúe, assim como dissemos, o eixo do estreito inferior, que importa verdadeiramente conhecer.

« Do que precede, diz finalmente o autor, resulta tambem que a posição desta linha será ora mais elevada, ora mais baixa, segundo a distancia em que ella se achar do vertice do angulo pubiano, e do ponto em que ella se cruza com o eixo da excavação. Estas differenças dependem das variedades, que soffre, em um mesmo individuo, a altura da excavação, e do espaço sub-pubiano, conforme estiver o fundo da bacia, em seu estado ordinario de repouso, ou deprimido, e distendido, como acontece no ultimo periodo da expulsão do feto.

Por este motivo, o eixo total do pelvis, não pode ser representado por uma só linha curva, como indica Cazeaux (Atlas de l'édition de Bruxelles, fig. 8. pl. 3), nem por uma linha recta em uma curta extensão de sua porção superior e curva em todo o resto de seu comprimento: com effeito, continuando-se estas duas porções por uma gradação insensivel, não dão exactamente a ideia nem da descida da extremidade cephalica ou podalica até ao fundo da bacia, nem da depressão praticada por esta parte do feto no pavimento perineal, nem da mudança absoluta de direcção que, desde este momento, esta parte do feto deve seguir até sua completa expulsão. Todos estes factos, parecem, ao contrario, bem representados se o eixo total da bacia se composer *do eixo da excavação e do eixo do espaço sub-pubiano, reunidos entre si em angulo quasi recto.*

dicada da excavação, deverá medir 68 millimetros, pouco mais ou menos. Depois do movimento de rotação no estreito perineal, a região occipital, como se sabe, colloca-se na área do angulo do pubis, e, mantidas as proporções que temos indicado, entre a excavação e o espaço sub pubiano, a fontanella occipital se collocará abaixo do rebordo inferior da symphysis do pubis 27 millimetros, pouco mais ou menos.

« Pouco será preciso, diz Hyernaux, para que o *movimento de flexão* traga a base do occiput debaixo deste rebordo, e ponha assim a cabeça em posição de sahir da bacia. »

Isto, dizemos nós, é verdade, quando o movimento de flexão se executa no pavimento perineal; mas, quando elle se produzir antes do vertice chegar no estreito inferior, não será, por certo, este movimento que trará a base do occiput para baixo do rebordo inferior da symphysis;—portanto, para que a theoria possa ser applicada á qualquer dos casos, será melhor, segundo nós, dizer:

As contracções uterinas trazem *facilmente* a base do occiput debaixo deste rebordo etc.

Continuemos na applicação dos principios de Fabri:

Supponhamos agora a profundidade da excavação menor que de ordinario, e a altura do angulo do pubis inferior á 54 millimetros, com quanto a bacia tenha todas as outras dimensões normaes.

Nesta hypothese, a fontanella occipital não descerá abaixo de rebordo inferior da symphysis, e ficará por de traz desta.

É preciso, pois, para supprir a falta da altura sub-pubiana, que haja uma depressão perineal consideravel e difficil, não podendo, provavelmente, o parto terminar sem os soccorros da arte, que se suppõe geralmente porem sem razão, indicados por uma resistencia excessiva e absoluta do perinêo.

Ainda outra hypothese: admitta-se que, por causa de um vicio qualquer de conformação da bacia, uma curvadura insufficiente por exemplo, o diametro coccyx-pubiano seja excessivamente longo. Se o leitor admitte as ideias de Fabri sobre a configuração do pelvis, ha de concordar que, o eixo da excavação deve, no caso supposto, neçessariamente se afastar do vertice do coccyx, e cahir muito mais para adiante d'elle.

A cabeça, que ao descer, tem de seguir a direcção deste eixo, irá por consequencia engolfar-se nas partes molles do fundo, facilmente dilata-

veis, sem ter encontrado a resistencia e a reacção tão necessarias do coccyx. Então o parto, em taes circumstancias, será laborioso, ou se terminará por uma laceração central do perinêo, se, como muito bem diz Hyernaux, uma ou muitas mãos, não se applicarem de uma maneira conveniente (e, accrescentamos nós, intelligente) substituindo assim artificialmente, a reacção indispensavel que falta.

Quinto tempo. Rotação externa.—A cabeça conserva-se cahida durante alguns segundos, com a face voltada para o anus, até que uma nova contracção imprimindo-lhe um novo movimento de rotação, faz com que o occiput ponha-se em relação com o lado interno da coxa esquerda, e a face com o lado interno da coxa opposta.

Todos os autores modernos são unanimes em concordarem, depois de Gerdy, que o movimento de rotação externa, acompanha o movimento de rotação, que as espadoas executão no interior da bacia, e que não é, como pensavão Baudeloque e outros, um movimento isolado, um movimento proprio da cabeça.

Com effeito, as espadoas no começo do trabalho, estando em posição diagonal, chegão, depois do movimento de rotação interna da cabeça, em posição pouco mais ou menos transversa no estreito inferior. Debaixo da influencia das contracções uterinas, o diametro bis-acromial procura transpôr o bi-sciatico, ou um outro diametro muito approximado deste; mas, por causa da resistencia, que lhe offerece este diametro, que é muito menor e invariavel em sua extensão, o bis-acromial procura pôr-se em relação, para sahir da bacia, com o diametro antero-posterior, que é o maior do estreito inferior, executando para este fim, um movimento de rotação, durante o qual, a espadoa direita, dirigindo-se da direita para a esquerda, vai collocar-se debaixo da arcada do pubis, e a espadoa esquerda, em sentido inverso, vem collocar-se directamente para atraz, na cavidade perineal.

A cabeça, obedecendo então á impulsão do tronco, executa o seu movimento de rotação externa.

Dava-se, geralmente, á este movimento o nome de *restituição;* porque acreditava-se, antes desta questão ser esclarecida por Gerdy, que elle era o resultado da destorção do pescoço, afim de que a cabeça restabe-

lecesse as suas relações normaes com o tronco, que não tomava parte no movimento de rotação interna.

Cazeaux, porem, observa que, em certos casos, lhe tem parecido que, a cabeça executa um ligeiro movimento de restituição immediatamente depois de sua expulsão; o que elle crê, ter sido sempre o resultado da destorção do pescoço.

Sexto tempo. Expulsão do tronco.—O ponto dado pela Faculdade, não permitte que nos occupemos deste ultimo tempo do mecanismo do trabalho.

II

Posição occipito—iliaca—direita posterior.

Nesta posição, e antes da ruptura das membranas, o feto apresenta as relações seguintes:

O occiput corresponde á symphysis sacro-iliaca direita, e a fronte á cavidade cotyloide esquerda;—o plano dorsal está para atraz e para a direita, e o sternal para adiante e para a esquerda;—o lado direito está para atraz e para a esquerda, e o lado esquerdo para adiante e para a direita.

Os diametros da cabeça são os mesmos que os da posição occipito-iliaca-esquerda anterior, e identicas as suas relações para com os diametros da bacia.

O mecanismo do trabalho, nesta posição, é, geralmente, o mesmo que o da posição precedente, com pequenas differenças; e para evitarmos as repetições na descripção de seus tempos, só mencionaremos os phenomenos particulares, que se ligão á alguns desses tempos.

Flexão e Descida.—Nada offerecem de particular.

Terceiro tempo, Rotação interna. A extensão deste movimento é maior que a do movimento da posição precedente; o occiput percorre toda a metade lateral direita da bacia, passando successivamente pela extremidade direita do diametro transverso, pela cavidade cotyloide direita até á symphy-

sis pubiana, e a fronte roda em sentido contrario, para occupar a curvadura do sacro.

Em virtude deste movimento, a posição primitivamente occipito-posterior se acha convertida em posição directa, e o parto se termina como na posição precedente, ou como nos casos em que a posição é primitivamente occipito-anterior.

Quarto tempo. Extensão.—Nada de notavel.

Quinto tempo. Rotação externa.—O occiput volta-se para a face interna da coxa direita, a face para a face interna da coxa esquerda, e a espadoa esquerda colloca-se debaixo da arcada do pubis.

Observação.—O movimento de rotação interna nem sempre se faz do modo que temos indicado.

Acontece, ainda que raras vezes, que o occiput, em vez de dirigir-se para adiante, dirige-se, ao contrario, para atraz, e vai collocar-se na face curva do sacro, em quanto que a fronte se colloca debaixo do pubis.

Comprehende-se facilmente que, o desprendimento nestas circumstancias se fará irregularmente: com effeito, sob a influencia das contracções uterinas, a flexão exagera-se, e o perinêo, debaixo de uma forte pressão do occiput, distende-se mais. A superficie frontal, em virtude de sua extensão, não pode collocar-se francamente debaixo da arcada pubiana; ella fica por tanto um pouco obliqua, de modo que, é a bossa coronal esquerda que primeiro se apresenta debaixo da arcada, ou a arcada superciliar, como algumas vezes acontece, ou, finalmente, a palpebra superior como vio Cazeaux uma vez.

Energicas e repetidas contracções fazem com que o occiput percorra a face anterior do sacro, e a concavidade, muito profunda neste momento, do perinêo.

Em quanto o occiput executa assim este movimento, a bossa coronal, e a arcada superciliar, que se tinhão mostrado debaixo da arcada pubiana, sobem, e occultão-se por detraz da face posterior da symphysis do pubis.

A fontanella anterior acompanha a fronte no seu movimento de ascensão; o occiput caminha sempre, e não tarda em mostrar-se na vulva entre-aberta; finalmente, a nuca vem fixar-se sobre o bordo anterior do

perinêo, e este, voltando ao seu estado primitivo, facilita o desprendimento da cabeça, que executa o seu movimento de extensão em torno da nuca como centro: vê-se então apparecerem successivamente, debaixo da arcada pubiana, a fontanella anterior, a sutura coronal, a fronte, o nariz, e, finalmente, o mento.

III

Posição occipito—iliaca—direita anterior.

Antes da ruptura da bolsa das aguas, o feto apresenta, nesta posição, as seguintes relações:

O occiput corresponde á eminencia ileo-pectinea direita, e a fronte á symphysis sacro-iliaca esquerda;—o plano dorsal está para adiante e para a direita, e o sternal para atraz e para a esquerda;—a espadoa direita está para atraz e para a direita, e a espadoa opposta está para adiante e para a esquerda;— o diametro occipito-frontal está na direcção do obliquo direito, e a sua circumferencia parallela ao plano do estreito superior;—o diametro bi-parietal está na direcção do obliquo esquerdo, e o diametro trachelo-bregmatico segue a direcção do eixo do estreito superior

O mecanismo do trabalho, nesta posição, é o mesmo que na posição occipito-iliaca esquerda anterior, com pequenas particularidades, que dependem da differença das relações.

Primeiro tempo. Flexão.—As considerações que fizemos sobre este tempo, na primeira posição, são aqui exactamente applicaveis.

A differença á notar, está nas mudanças dos diametros, e nas suas novas relações.

O diametro sub-occipito-bregmatico substituio o occipito-frontal e corresponde ao obliquo direito;—a circumferencia sub-occipito-bregmatica é parallela ao plano do estreito superior;—o diametro occipito-mentoniano substituio o trachelo-bregmatico etc.

Segundo tempo. Descida.—O mesmo mecanismo e as mesmas considerações, que na primeira posição.

Terceiro tempo. Rotação interna.—Este movimento se faz em sentido contrario ao da primeira posição, isto é, da direita para a esquerda.

Quarto tempo. Extensão.—Nada de particular á notar.

Quinto tempo. Rotação externa da cabeça e interna das espadoas.—O occiput se volta para a face interna da coxa direita; a face para o lado opposto; a espadoa esquerda para adiante e para debaixo do pubis, e a espadoa direita para atraz e para a concavidade do sacro.

IV

Posição occipito-iliaca-esquerda posterior.

Nesta posição, o occiput corresponde á symphysis sacro-iliaca-esquerda, e a fronte á cavidade cotyloide direita;—o plano posterior do feto está para atraz e para a esquerda, e o plano anterior para adiante e para a direita.

As relações dos diametros da cabeça com os da bacia são as mesmas que na posição occipito-iliaca-direita anterior.

O mecanismo do trabalho não differe do da posição occipito-iliaca-direita posterior.

As differenças á notar são:

1.º O movimento de *rotação interna* se faz da esquerda para a direita.

2.º No movimento de *rotação externa* o occipital volta-se para a coxa esquerda, a face para a coxa direita, e a espadoa direita vem para adiante e para debaixo do pubis.

Nesta posição, são applicaveis as mesmas observações, que fizemos na posição occipito-iliaca-direita posterior.

V

Posições transversas.

As posições directamente transversas são muito raras.

Mme Boivin, em 19,585 apresentações do vertice, observou somente duas posições directamente transversas.

Mme Lachapelle, com quanto admitta em sua classificação as posições transversas, não consta, pelas suas Estatisticas, que ella tivesse observado alguma. (1)

Todavia, a raridade destas posições não nos empediria de mencionâ-las minuciosamente, se não quizessemos evitar as repetições em que, necessariamente, incorreriamos.

Basta, portanto, dizer que, a posição tranversa do lado esquerdo não differe da *anterior* do mesmo lado, senão no movimento de rotação interna, que é um pouco mais extenso. O mesmo acontece com a transversa do lado direito, cujo movimento de rotação interna é mais extenso que o da *anterior* do mesmo lado.

VI

Posições occipito-pubiana e occipito-sacra.

Estas posições são igualmente muito raras.

Mme. Boivin, no mesmo numero de apresentações acima mencionado, observou seis occipito-pubianas, e duas occipito-sacras.

Mme. Lachapelle declara nunca ter sentido no estreito superior a cabeça nestas duas direcções.

Estas posições, bem como as transversas, que acima mencionamos, não são, para Stoltz, mais que variedades secundarias e excepcionaes.

(1) As posições transversas, pouco numerosas que Mme Lachapelle refere em suas observações, são collocadas como anomalias, no numero das apresentações desviadas (Joulin).

No caso, porem, de verificar-se qualquer destas posições, eis aqui, em resumo, qual deverá ser o mecanismo do trabalho:

Na posição *occipito-pubiana*—o occiput corresponde á symphysis do pubis, e a fronte á saliencia sacra;—o plano posterior do feto está para adiante, e o anterior para traz;—o lado direito está directamente para a direita, e o lado esquerdo directamente para a esquerda.

O diametro occipito-frontal está na direcção do diametro sacro-pubiano, e a sua circumferencia é parallela ao plano do estreito superior;—o diametro bi-parietal é parallelo ao transverso, e o trachelo-bregmatico segue a direcção do eixo do estreito superior.

Depois do movimento de *flexão*, o diametro sub-occipito-bregmatico substitue o occipito-frontal;—o bi-parietal conserva as suas relações, e o occipito-mentoniano substitue o trachelo-bregmatico.

Depois da *descida*, as relações são as mesmas que nas posições anteriores, depois do movimento de rotação interna.

A rotação interna falta nesta posição; porque não é necessaria.

Na rotação externa, o occiput se volta indifferentemente para a coxa direita, ou para a coxa esquerda; porque a rotação interna das espadoas se produz tambem indifferentemente da esquerda para a direita, ou da direita para a esquerda.

Na posição *occipito-sacra*, o occiput e o plano dorsal estão para atraz; as outras relações comprehende-se, sem que haja necessidade de indicá-las.

Assim como na posição precedente, o movimento de rotação interna não se produz nesta.

O mecanismo do desprendimento é o mesmo que o das posições occipito-posteriores, quando o occiput roda anormalmente para atraz (vêde pag. 39).

A rotação externa se produz indifferentemente em um ou em outro sentido, como na posição precedente.

Algumas palavras sobre os differentes tempos do mecanismo do parto pelo vertice.

Os tempos de flexão, descida e rotação interna, nem sempre se produzem successivamente na ordem que os descrevemos.

Muitas vezes, a descida precede a flexão, ou se executa ao mesmo tempo que esta; outras vezes, a rotação se produz no começo da descida, e, finalmente, pode dar-se o caso destes trez tempos se produzirem simultaneamente, isto é, a cabeça curvar-se, descer, e rodar ao mesmo tempo.

Não acontece, porem, o mesmo com os trez ultimos tempos do mecanismo, que são invariaveis na ordem de sua successão.

Variedades do movimento de flexão. Acontece, algumas vezes, principalmente nas posições occipito-posteriores, e durante a descida nas anteriores, que o mento em vez de approximar-se do peito, afasta-se, pelo contrario, d'elle, de modo que, a cabeça soffrendo uma certa extensão, faz com que a fronte se approxime gradualmente do centro da bacia, e constitúa assim a *variedade frontal* da apresentação do vertice. Esta anomalia, porem, é ordinariamente passageira; porque ao contacto do pavimento perineal, o desvio se corrige, e a flexão torna-se completa.

Outras vezes, dizem os autores, dá-se inteiramente o contrario: o occiput, sob a influencia de uma flexão exagerada, corresponde ao centro do estreito superior, e constitúe a *variedade occipital.*

Joulin não aceita esta variedade, nem mesmo á titulo de anomalia.

« Cette variété, diz este autor, a été empruntée par Lachapelle à Baudelocque, et les auteurs l'ont religieusement acceptée depuis Lachapelle sans faire attention que la présentation de l'occiput mal interprétée par Baudelocque n'est rien autre chose que la présentation régulière du sommet après la rupture des membranes. C'est, en effet, cette région que, dans l'accouchement naturel, le doigt perçoit au centre du détroit, et la fontanelle postérieure ou occipitale est le point de repère habituel, le diamètre de la tête en rapport avec le bassin est le sous-occipito-bregmatique.

Pour qu'il y ait déviation, dans le sens de la flexion exagérée, il faudrait que la nuque prêt la place de l'occiput, ce que Lachapelle repousse avec raison, car il faut remonter jusqu'à Delamotte (observ. 270) pour rencontrer un seul fait dans le quel l'enfant, disait-il, présentait la nuque et les omoplates, ce qui me semble beaucoup à la fois. »

Variedades do movimento de rotação interna.

1.º Este movimento pode faltar completamente.

Isto tem lugar, como vimos, nas posições occipito-pubianas e occipito-sacras; porque, com effeito, nesta situação da cabeça, elle é desnecessario.

Não admittimos, porem, que este movimento falte completamente, em certas posições occipito-posteriores (sacro-iliaca direita e esquerda) como quer Cazeaux.

Nestas posições, o occiput não roda, é verdade, para adiante, mas elle *roda para atraz* para collocar-se na com cavidade do sacro.

O movimento do rotação interna pode faltar tambem, posto que raras vezes, nas posições transversas; então o occiput e a fronte se desprendem por entre as tuberosidades sciaticas.

2.º O movimento de rotação pode ser incompleto, e a cabeça conservar uma grande obliquidade durante todo o seu desprendimento (Cazeaux).

3.º Dubois e Cazeaux referem casos em que o movimento de rotação excedeu os limites ordinarios. O occiput collocado, por exemplo, no começo do trabalho, em relação com a symphysis sacro-iliaca-direita, roda da direita para a esquerda, até a cavidade cotyloide esquerda, e retrograda, depois de alguns instantes de repouso, para vir collocar-se por detraz da symphysis do pubis, onde elle devêra ter parado.

4.º Finalmente, o movimento de rotação pode ser tardio, e não se produzir senão no momento em que a cabeça transpõe as ultimas resistencias das partes molles.

Cazeaux, que nos tem auxiliado na descripção destas tão curiosas, quanto interessantes variedades da rotação interna, refere o seguinte caso, observado por elle, e por todos os seus alumnos presentes na Clinica:

« Em uma primipara, a cabeça, em posição occipito-iliaca-direita posterior, desceu até ao pavimento da bacia. atravessou o estreito inferior sem effeituar a sua conversão: o perinêo abaúla fortemente, a vulva abre-se e dilata-se totalmente, as bossas parietaes descem, o occiput não tem mais que algumas linhas á percorrer para desprender-se adiante da commissura anterior do perinêo, quando, sob a influencia de uma nova dor, a cabeça volta rapidamente, o occiput vem para adiante, a fronte roda na cavidade perineal, e o parto termina quasi immediatamente. »

SECÇÃO SEGUNDA

Mecanismo e causas dos movimentos da cabeça do feto nas posições da apresentação da face.

As Estatisticas não se prestão á uma classificação exacta e rigorosa sobre a frequencia relativa das posições da face.

Em 85 apresentações da face, Desormeaux e Dubois observarão que, o mento correspondia 47 vezes á fossa iliaca-direita, e 38 vezes á fossa iliaca esquerda.

Mme. Boivin, em 71 apresentações da face, notou 42 vezes a posição mento-iliaca-direita, e 29 vezes a mento-iliaca esquerda.

Em 9 apresentações, Dubois observou 6 posições mento-iliaca-direitas, e 3 mento-iliacas esquerdas.

Conclue-se destes dados estatisticos que, são mais frequentes as posições em que o mento corresponde ao lado direito, do que ao lado esquerdo.

Varião, porem, as opiniões, e a incerteza apparece desde o momento em que se procura saber qual das variedades é a mais frequente.

Se Lachapelle indica, como causas que tornarião mais frequentes as posições transversas, a forma do estreito superior, e as dimensões de seus diametros, a frequencia das obliquidades lateraes do utero, ou das obliquidades parciaes do feto, admittidas por Gardien etc., quer, ao contrario, Hyernaux que sejão mais frequentes as posições diagonaes (sobre tudo a diagonal posterior direita) visto como a cabeça tem uma tendencia mecanica á affectar sempre as relações mais favoraveis, e n'uma bacia revestida de suas partes molles, os diametros diagonaes são maiores que o transverso.

Cazeaux parece concordar com Lachapelle, porque elle adopta uma posição *transversa* para typo de sua descripção do mecanismo do parto pela face.

Joulin segue um systema diverso: elle procura afastar todos os obstaculos, que, por ventura, se apresentem á uma generalisação methodica, e toma a fronte como ponto de reparo nas apresentações da face, ao contrario de certos autores, que tomão o mento.

Este autor admitte, com Desormeaux, Dubois, Stoltz, Chailly e Jacquemier, que, sendo geralmente consideradas as apresentações da face como *desvios* do vertice, a frequencia relativa das posições deve ser pouco mais ou menos a mesma nestas duas apresentações.

Nós poderiamos acrescentar outras muitas e variadas opiniões sobre o assumpto de que nos occupamos; isto, porem, seria prolongar este artigo, sem utilidade scientifica, em pura perda de um tempo precioso; mas, como a generalisação conduz á simplificação nós seguiremos a opinião de Joulin.

I

Posição fronto-iliaca esquerda anterior. (1)

No começo do trabalho, e antes da ruptura da bolsa das aguas, a cabeça do feto se apresenta em extensão muito pouco pronunciada, de sorte que, a fronte occupa o centro do estreito abdominal.

O bregma corresponde á cavidade cotyloide esquerda, e o mento á symphysis sacro-iliaca direita;—o plano posterior do feto está para adiante e para a esquerda, e o plano anterior para atraz e para a direita;—a espadoa direita está para adiante e para a direita, e a espadoa esquerda para atraz e para a esquerda.

O diametro mento-bregmatico (2) segue a direcção do diametro obliquo esquerdo do estreito superior, e a sua circumferencia segue a direcção do plano deste estreito;—o diametro bi-temporal é parallelo ao obliquo direito, e o eixo do estreito superior atravessa a cabeça na direcção do diametro occipito-frontal.

Cumpre notar que, estas relações são muito menos directas do que no vertice; porque a face não tendo a forma arredondada e espheroidal deste, adapta-se mal á forma do segmento inferior do utero e do estreito abdominal, e fica, portanto, muito elevada.

(1) Esta posição servirá de typo em nossa descripção do mecanismo do parto natural pela face; nas outras posições não faremos mais que mencionar as particularidades dependentes da differença das relações, para evitarmos as repetições.

(2) Este diametro s'estende do mento á fontanella bregmatica.

Immediatamente depois da ruptura das membranas, que se faz ordinariamente com algum ruido, começa a parte mecanica do trabalho, que se divide, como para o vertice, em seis tempos.

Primeiro tempo. Extensão forçada.—Depois de sahir uma grande quantidade de liquido amniotico, as contracções uterinas obrão mais directamente sobre toda a superficie fetal, e tendem á fazer descer a cabeça, seguindo a direcção do eixo do estreito superior.

Bem depressa o diametro mento-bregmatico encontra resistencias horisontaes, que lhe offerecem as paredes uterinas e pelvianas convergentes; estas resistencias se exercem de um lado sobre o mento, e do outro sobre a superficie, muito mais larga, do vertice e do occiput: como ellas obrão em sentido contrario, e não directamente oppostas (vêde pag. 21), ellas deverão augmentar a extensão da cabeça. As relações, portanto, da cabeça para com a bacia são outras: o diametro facial ou fronto-mentoniano substituio o mento-bregmatico, e é parallelo ao diametro obliquo esquerdo; a circumferencia facial é parallela á circumferencia do estreito abdominal;—o diametro bi-temporal conserva as mesmas relações que tinha d'antes; o eixo da bacia atravessa a cabeça na direcção de uma linha, que parte da fontanella posterior, e termina no labio superior do feto.

Nœgele, da mesma maneira que para o vertice, não admitte que, a face se apresente tão regularmente no estreito superior; mas sim, debaixo de uma certa inclinação etc.

Na apresentação do vertice, vimos as razões em que Cazeaux se fundava para combater esta opinião: os mesmos argumentos são aqui exactamente applicaveis.

Segundo tempo. Descida.—Em virtude de suas novas relações, e auxiliada pelas contracções uterinas, a cabeça desce na excavação em extensão forçada. Não tarda, porem, que ella encontre um obstaculo á sua progressão, que desde este momento se acha interrompida.

Cazeaux é de opinião que, esta interrupção seja devida á falta de comprimento do pescoço.

Adoptamos completamente a opinião de Cazeaux; porque ella nos parece de grande exactidão: com effeito, se assim não fosse, seria precizo,

para que a face chegasse ao pavimento perineal, que o tronco descesse ao mesmo tempo que a cabeça; o que provaremos ser impossivel.

De feito: a cabeça descendo em extensão forçada, o occipital se acha em contacto intimo com a parte superior do tronco; esta porção do tronco mede 65 millimetros de espessura, e a porção do craneo que lhe está encostada mede 80 millimetros, pouco mais ou menos; o que dará um total de 145 millimetros, isto é, uma extensão maior que a do maior diametro da bacia.

Se ainda assim, a asserção de Cazeaux não fosse exacta, seria precizo, para que a face chegasse ao pavimento perineal, que o pescoço tivesse um comprimento tal, que medisse a altura da parede posterior da excavação, que é de 11 centimetros, seguindo uma linha recta; o que não pode ser, visto como a distancia que vae da forquilha sternal ao mento é de 7 á 8 centimetros o maximo.

Terceiro tempo. Rotação interna.—Sob a influencia de novas contracções uterinas, o mento abandona a symphysis sacro-iliaca direita, dirige-se lentamente da direita para a esquerda, e vai collocar-se por detraz da symphysis do pubis; a fronte roda em sentido contrario da esquerda para a direita, e vai occupar a concavidade do sacro.

A lentidão deste movimento, durante a sua evolução, deve-se attribuir, pelo menos em parte, segundo Joulin, á resistencia causada pelo attrito do occiput e do peito sobre o rebordo do estreito superior, onde elles soffrem uma compressão notavel.

A rotação interna é do maior interesse practico nos partos pela face; comprehende-se, com effeito, a sua absoluta necessidade; porque, se o pescoço não se achar em relação com a symphysis pubiana, o trabalho não poderá continuar, e o parto espontaneo não terá lugar.

O movimento de descida, interrompido pela curteza do pescoço, pode agora se completar; porque o pescoço, que mede 7 á 8 centimetros, se achando, depois do movimento de rotação, em relação com a parede mais curta da excavação, com uma parede de 4 á 4 $^1/_2$ centimetros de altura, o mento pode chegar no pavimento perineal. O tronco do feto acompanha a cabeça no seu movimento de rotação; o plano posterior, dirigido para adiante e para a esquerda, volta-se para atraz, e o diame-

tro bi-acromial colloca-se na direcção do transverso do estreito abdominal.

As theorias, que pretendem explicar este movimento de rotação, são as mesmas que apresentamos e analysamos na apresentação do vertice: nós não as repetiremos.

Este movimento, que deve ser constante para que o parto tenha uma terminação feliz, pode, todavia, bem que rarissimas vezes, deixar de produzir-se.

Nos raros casos, em que se tem observado a falta deste movimento, notou-se que, as dimensões da cabeça erão pequenas relativamente ás da bacia, ou que a posição da face tinha-se espontaneamente convertido em uma posição do vertice.

Cazeaux diz que Lachapelle vio duas ou trez vezes a face sahir da vulva, no sentido transversal ou quasi transversal, mas que esta habil parteira apressa-se em dizer que, esses casos são excepções mui raras.

Observação.—Quando o movimento de descida se completa, o mento e a fronte chegão *ao mesmo tempo* ao nivel do estreito inferior. Para que assim aconteça, é precizo que a fronte, que tem de percorrer toda a face anterior do sacro, empregue maior velocidade na sua descida, do que o mento que tem de percorrer a face posterior da symphysis.

A explicação deste movimento é identica á que demos na apresentação do vertice, para as bossas parietaes (vêde pag. 27).

A fronte, portanto, descreve um arco de circulo em torno do mento, como centro, como auxilio de *um certo grão de flexão*, que indica o comêço do quarto tempo, e que faz com que a cabeça apresente no estreito inferior os mesmos diametros, que ella apresentava no estreito abdominal antes da ruptura das membranas.

Estes diametros são: o mento bregmatico, parallelo ao pubio-coccygiano;—o bi-temporal, parallelo ao bi-sciatico, e o occipito-frontal, que está na direcção do eixo do estreito inferior.

Quarto tempo. Flexão.—O mento está debaixo da arcada pubiana, e não pode ir mais longe; porque a face anterior do pescoço, situada por detraz do pubis, impede a sua progressão.

Novas e energicas contracções fazem a cabeça calcar mais sobre o pe-

rinêo, violentamente distendido e transformado em goteira, e desde então a reacção da metade posterior do estreito perineal não se faz mais esperar. Duas potencias obrão, neste momento, obliquamente uma á outra, e a cabeça, forçada á seguir a direcção da resultante destas duas forças, dirige-se de detraz para adiante, para o orificio vulvar parallelamente ao perinêo (vêde pag. 34).

O movimento de flexão produz-se, e vão então apparecendo successivamente adiante da commissura anterior do perinêo, a face, a fronte, o bregma, o vertice e o occiput.

Do mesmo modo que na apresentação do vertice, o perinêo, obedecendo á sua elasticidade propria, escorrega sobre a superficie craneana, e vem collocar-se na nuca do feto; então a cabeça, abandonada ao seu proprio pezo, cahe para adiante do anus.

Quinto tempo. Rotação externa.—Este tempo é a consequencia da rotação interna das espadoas, para collocar-se no sentido do diametro antero-posterior do estreito (vêde apresentação do vertice).

II

Posição fronto-iliaca direita posterior.

Nesta posição, e antes da ruptura da bolsa das aguas, o bregma corresponde á symphysis sacro-iliaca-direita, e o mento á cavidade cotyloide esquerda; o plano dorsal do feto está para atraz e para a direita, e o sternal para adiante e para a esquerda; o lado direito está para atraz e para a esquerda, e o lado esquerdo está para adiante e para a direita.

A extensão da cabeça é ainda pouco pronunciada.

Os diametros da cabeça são os mesmos que na posição que acabamos de descrever, e identicas as suas relações para com os diametros da bacia.

O mecanismo do trabalho só differe do da posição precedente, na extensão do movimento de rotação interna, que é muito menor; porquanto, o mento se acha mais proximo da symphysis pubiana.

III

Posição fronto-iliaca direita anterior

O bregma corresponde á cavidade cotyloide direita, e o mento á symphysis sacro-iliaca esquerda;—o plano posterior do feto está para adiante e para a direita, e o anterior está para atraz e para a esquerda;—o lado direito está para atraz e para a direita, e o lado esquerdo está para adiante e para a esquerda.

O diametro mento-bregmatico é parallelo ao obliquo direito, e a sua circumferencia segue a direcção do plano do estreito superior;—o diametro bi-temporal é parallelo ao obliquo esquerdo, e o occipto-frontal ao eixo do estreito abdominal.

Depois da extensão completa da cabeça, os diametros soffrem algumas modificações em suas relações: o fronto-mentoniano corresponde ao obliquo direito, e a sua circumferencia ao plano do estreito superior;—o bitemporal não muda, e o eixo do estreito superior atravessa a cabeça na direcção de uma linha, que partindo da fontanella posterior, vai terminar no labio superior do feto.

Exceptuando a rotação do mento, que se faz da esquerda para a direita, o mecanismo é o mesmo que nas posições precedentes.

IV

Posição fronto-iliaca esquerda posterior

O bregma corresponde á symphisis sacro-iliaca esquerda, e o mento á cavidade cotyloide direita;—o plano dorsal está para atraz e para a esquerda, e o sternal para adiante e para a direita;—o lado direito está para adiante e para a esquerda, e o lado esquerdo para atraz e para a dieita. Os diametros da cabeça são os mesmos que os da posição precedente, e guardão as mesmas relações para com os da bacia.

O mecanismo é o mesmo; no movimento, porem, da rotação interna, o mento dirige-se da direita para a esquerda.

V

Posição fronto-iliaca esquerda transversa.

Nesta posição, o bregma corresponde á extremidade esquerda do diametro transverso do estreito superior, e o mento á extremidade direita do mesmo diametro;—o plano dorsal do feto corresponde directamente ao lado esquerdo da bacia, e o plano sternal ao lado direito;—o lado direito do feto está para adiante, e o lado esquerdo para atraz. O diametro mento-bregmatico é parallelo ao transverso, e a sua circumferencia parallela á circumferencia do estreito abdominal;—o diametro bi-temporal é parallelo ao diametro sacro-pubiano, e o occipito-frontal ao eixo do estreito superior.

Depois da extensão forçada da cabeça, os diametros e as suas relações modificão-se: o facial é parallelo ao transverso, e a sua circumferencia segue a direcção do plano do estreito superior;—o bi-temporal conserva as mesmas relações, e o eixo do estreito superior atravessa a cabeça na direcção da linha occipito-labial.

No movimento de rotação interna, o mento dirige-se da direita para a esquerda, para collocar-se atraz da symphysis do pubis, e a fronte da esquerda para a direita, para occupar a face anterior do sacro.

VI

Posição fronto-iliaca direita transversa.

O bregma está em relação com a extremidade direita do diametro transverso, e o mento com a extremidade esquerda. As outras relações não precisão de ser indicadas; cumpre notar apenas que, os diametros da cabeça, nesta posição, são os mesmos que na posição precedente, e guardão as mesmas relações para com os diametros da bacia, antes e depois da extensão completa.

A rotação do mento se faz da esquerda para a direita.

VII

Posição fronto-sacra (mento-pubiana dos autores.)

O bregma está em relação com o sacro, e o mento com a symphysis do pubis;—o plano anterior do feto está directamente para adiante, e o posterior directamente para atraz;—o lado direito está para a esquerda da bacia, e o esquerdo para a direita. O diametro mento-bregmatico é parallelo ao sacro-pubiano, e a sua circumferencia parallela ao plano do estreito abdominal;—o bi-temporal é parallelo ao transverso, e o eixo do estreito passa pelo occipito-frontal.

Depois da extensão forçada, o diametro fronto-mentoniano é parallelo ao sacro-pubiano, e a sua circumferencia parallela ao contorno do estreito superior;—o bi-temporal não muda, e o eixo da bacia passa pela linha occipito-labial.

O movimento de rotação interna falta nesta posição; porque o mento se acha primitivamente por detraz da symphysis do pubis.

A cabeça chega, portanto, no pavimento perineal, sem que a sua descida seja interrompida, e a sua expulsão se faz como nos casos precedentes.

Esta posição é muito rara; em 20,517 partos, Boivin não teve um só exemplo.

VIII

Posição fronto-pubiana (mento-sacra dos autores.)

O bregma corresponde á symphysis do pubis, e o mento ao sacro;—o plano dorsal está directamente para adiante, e o lado direito do feto para a direita da bacia. Os diametros da cabeça são os mesmos que na posição precedente, e identicas as suas relações.

Para que o parto se termine *espontaneamente*, nesta posição, é de summa necessidade que, o mento se dirija, como sempre, para adiante, e venha occupar a symphysis do pubis.

Alguns autores, porem, citão observações de posições *mento sacras*, ter-

minadas espontaneamente, sem que o mento viesse para adiante. Estas observações perdem todo o seu valor em presença da analyse, que d'ellas faz Cazeaux nos seguintes termos:

« Parmi les observations que j'ai pu consulter, j'en ai trouvé seulement trois dans lesquelles le menton était en rapport direct avec la face antérieure du sacrum: celles de Smellie, de Delamotte et de Meza (rapportées par M. Guillemot.) Or, dans celle de Smellie, il est dit positivement que l'enfant *était petit;* la femme avait le *bassin large* et elle *accouchait ordinairement très-promptement.* Dans celle de Delamotte, il n'est rien dit de la tête et des dimensions du bassin. Enfin, dans le fait de Meza, il fut obligé d'appliquer le forceps; or, ce n'est plus là une terminaison spontanée, et il serait facile de démontrer que l'application du forceps peut agir tout différemment, et avec beaucoup plus d'avantage, dans ce cas, que la contraction utérine. N'oublions pas de dire que les deux premiers enfants virent morts ».

SECÇÃO TERCEIRA

Mecanismo e causas dos movimentos da cabeça do feto nas posições da apresentação podalica.

I

Rotação e expulsão da cabeça na posição—**sacro-iliaca esquerda anterior.**

Depois da expulsão do tronco, e no momento em que as espadoas passão o estreito inferior, a cabeça se apresenta por sua base no estreito abdominal.

As suas relações para com a bacia são as mesmas, que vimos na primeira posição do vertice, isto é: em flexão ligeira—o diametro occipito-frontal segue a direcção do obliquo esquerdo do estreito superior, e a sua circumferencia a do plano do mesmo estreito;—o bi-parietal é parallelo ao obliquo direito, e o eixo do estreito atravessa a cabeça na direcção do diametro trachelo-bregmatico; em flexão completa—o diametro sub-occi-

pito-bregmatico substitue o occipito-frontal; o bi-parietal não muda, e o occipito-mentoniano substitue o trachelo-bregmatico.

A cabeça, chegando assim, em posição diagonal, ao fundo da bacia, executa um movimento de rotação, durante o qual, o occiput e a nuca se dirigem simultanea e progressivamente da esquerda para a direita; o primeiro vai collocar-se por detraz da symphysis do pubis, e a segunda fixar-se debaixo da arcada pubiana. A face roda em sentido contrario, até á concavidade do sacro.

Nesta situação, o diametro sub-occipito-bregmatico, diz Cazeaux, se approxima muito do diametro antero-posterior do estreito perineal, conservando porem sempre uma certa obliquidade.

Sob a influencia dos exforços expulsivos do utero, e dos musculos abdominaes, a flexão da cabeça augmenta cada vez mais, e apparecem successivamente adiante da commissura posterior da vulva, o mento, a fronte, o bregma e o occiput.

II

A expulsão da cabeça, na posição—**sacro-iliaca-direita posterior,** pode ter lugar de muitos modos:

1.º Se a cabeça segue a impulsão, que lhe communica o tronco, durante o seu movimento de rotação, o occiput dirige-se para adiante, colloca-se por detraz da symphysis do pubis, e a expulsão se faz como no caso precedente.

2.º Acontece, porem, que a cabeça, não tendo obedecido ao movimento de rotação do tronco, desce na excavação, em sua posição primitiva, isto é, o occiput para atraz e para a direita, e a fronte ou o bregma para adiante e para a esquerda; então, depois do desprendimento das espadoas, um movimento de rotação, imprimido á cabeça, faz com que o occiput percorra toda a metade lateral direita da bacia, para pôr-se em relação com a face posterior dos pubis, e a fronte, em sentido contrario á direcção seguida pelo occiput, se dirige para a curvadura sacra.

A cabeça entra então nas condições ordinarias de sua expulsão.

3.º Finalmente, o occiput, em vez de seguir a direcção indicada no

segundo modo, pode, ao contrario, dirigir-se directamente para atraz, e assim ficar até o fim do trabalho.

O desprendimento faz-se então por dous processos distinctos:

Primeiro processo. Flexão.—A cabeça está em flexão pronunciada, e a fronte e o bregma estão por detraz da symphysis pubiana.

Á medida que os exforços expulsivos, e as resistencias offerecidas ao occiput para atraz, e á fronte para adiante, tornão a flexão cada vez mais pronunciada, vê-se apparecerem successivamente debaixo da symphysis do pubis, a face, a fronte, o bregma, e, finalmente, o occiput.

Segundo processo. Extensão.—Por um movimento de extensão da cabeça, o mento afasta-se do peito, elevando-se por detraz da parte média da parede anterior da bacia, e vai collocar-se sobre os pubis, em quanto que o occiput volta-se para atraz sobre o dorso. A região cervical anterior do feto se acha em estreito contacto com a face posterior dos pubis, por causa da resistencia do plano postero-inferior da bacia, que reage sobre o occiput, na direcção do eixo vulvar.

As forças dirigidas contra o occiput, obrigão-o á percorrer a goteira perineal, e a ser o primeiro á desprender-se adiante da commissura posterior da vulva; depois apparecem successivamente o vertice, a fontanella anterior, a fronte, e toda a face.

III

O mecanismo da expulsão da cabeça, na posição—**sacro-iliaca direita anterior,** é o mesmo que na primeira posição; a differença á notar é que, a rotação que tem por fim trazer o occiput para adiante, e a nuca para debaixo da symphysis pubiana, se faz da direita para a esquerda.

Na posição—**sacro-iliaca esquerda posterior,** o mecanismo é o mesmo que na direita posterior; a rotação, porem, se fará da esquerda para a direita, se o occiput vier para adiante.

Os outros modos de expulsão, de que a cabeça é susceptivel nesta posição, se fazem exactamente como na posição ja citada.

Finalmente, na posição—**sacro-iliaca direita transversa,** a rotação se fará da direita para a esquerda, e, em sentido inverso, na posição opposta.

SECÇÃO CIRURGICA

Que influencia exercem sobre a vida do feto, durante o trabalho do parto, as apresentações e posições?

PROPOSIÇÕES

I—A apresentação do vertice é a mais favoravel de todas as apresentações.

II—As posições occipito-anteriores são mais favoraveis que as occipito-posteriores.

III—Graves são os inconvenientes para a mãi e para o filho, quando, nas posições occipito-posteriores, o movimento de rotação interna não se executa, e o occiput fica para atraz até o fim do trabalho.

IV—Na apresentação da face o trabalho, embora pouco prolongado, pode muitas vezes ser de funestas consequencias para o feto.

V—As posições fronto-anteriores são mais prejudiciaes que as fronto-posteriores.

VI—As apresentações podalicas são de grande perigo para a vida do feto.

VII—Nestas mesmas apresentações, o perigo será ainda maior se a mulher for primipara.

VIII—A morte do feto, no parto pela extremidade pelviana, resulta da compressão do cordão umbilical, ou do descollamento da placenta.

IX—Em geral, as posições podalicas mais favorareis são aquellas em que o dorso do feto está para adiante.

X—De todas as apresentações, a do tronco é a mais perigosa.

XI—Nas apresentações do tronco, a expulsão espontanea do feto é um facto inteiramente excepcional.

XII—A versão espontanea é, sem contestação, a terminação mais favoravel á vida do feto.

SECÇÃO ACCESSORIA

Como reconhecer-se que houve aborto em um caso medico-legal?

PROPOSIÇÕES

I—Aborto, considerado sob o ponto de vista medico legal, é a expulsão criminosa e prematura do producto da concepção.

II—O aborto pode ser ovular, embrionario, ou fetal segundo a epocha da prenhez em que elle tem lugar.

III—Os pediluvios, os semicupios, os emeticos, os drasticos, as quedas e pancadas voluntarias, os longos exercicios, as substancias emmenagogas, as sangrias, as applicações de sinapismos e vesicatorios sobre os seios etc. taes são os meios indirectos, ordinariamente empregados, para a provocação do aborto.

VI—As fricções irritantes, a esponja *preparada*, o tampão de bolas de fios, as embrocações uterinas, o descollamento das membranas, a perfuração destas etc. taes são os meios directos, empregados para a perpretação do crime.

V—É de summa importancia que o medico-legista, afim d'esclarecer os tribunaes, verifique se o aborto foi natural ou provocado.

VI—Neste ultimo caso, convem que o medico-legista indague qual dos meios directo ou indirecto provocou o aborto.

VII—Compete ao medico-legista a investigação immediata e tão completa quanto possivel, de todas as substancias e objectos encontrados, que possão servir á practica criminosa do aborto.

VIII—O desapparecimento do producto da concepção abortado, não é razão sufficiente para que se não possa estabelecer a criminalidade do aborto.

IX—O exame da mulher viva ou morta, e do producto expellido, deve merecer da parte do perito a mais particular attenção.

X—O exame dos orgãos da geração da mulher fornecerá dados precizos de prenhez, e delivramento, se o aborto for fetal e recente.

XI—Importa muito que o medico-legista, em suas investigações em casos de abortos presumidos, se assegure se o producto expellido é realmente um feto, e, no caso contrario, qual a natureza deste producto.

XII—Se a mulher houver succcumbido, a autopsia prestará um grande auxilio ao medico-legista, que dirigirá toda a sua attenção para as vias digestivas, para o utero, e, principalmente, para o collo.

SECÇÃO MEDICA

Cancro do estomago

PROPOSIÇÕES

I—De todos os orgãos da economia, o estomago é o que mais frequentemente é affectado de cancro.

II—Esta affecção é muitas vezes hereditaria.

III—As causas do cancro do estomago são muito obscuras, e nenhuma dellas, qualquer que seja a sua natureza, será capaz de, por si só, produzir a molestia, se o individuo não trouxer em si o germen, ou a predisposição.

IV—Nenhuma classe social está isenta desta terrivel molestia.

V—O estomago pode ser invadido por qualquer das formas da affecção cancerosa; a schirrosa, porem, é a mais commum.

VI—De todas as regiões do estomago, a pylorica é a séde mais frequente do cancro.

VII—O cancro produz, ordinariamente, no estomago mudanças de capacidade, de direcção, e de forma que varião segundo a séde da alteração.

VIII—Casos ha em que é impossivel, durante a vida, diagnosticar, com certeza, o cancro do estomago.

IX—Não ha symptomas absolutamente pathognomonicos do cancro do estomago.

X—São, porem, de um grande valor diagnostico o tumor epigastrico, e

os vomitos negros quando são, principalmente, precedidos, durante um tempo mais ou menos longo, de phenomenos de dyspepsia, e de symptomas de cachexia e de marasmo.

XI—A idade, as forças e o estado da nutrição do doente, a duração da molestia, a natureza da dôr, o caracter do sangue arremessado pelos vomitos, e a presença ou a ausencia de um tumor—taes são os principaes dados que se deve ter em vista no diagnostico differencial.

XII—Reconhecida a impotencia da arte para curar o cancro do estomago, o seu tratamento será puramente palliativo, e a morte a sua unica terminação.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, occasio prœceps, experientia fallax, judicium difficile.

(Sect. 1.ª, Aph. 1.º)

II

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima.

(Sect. 1.ª, Aph. 6.º)

III

Mulierem in utero gerentem ab acuto aliquo morbo corripi, lethale.

(Sect. 5.ª, Aph. 30.)

IV

Si fluxui muliebri convulsio et animi deliquium superveniat, malum.

(Sect. 5.ª, Aph. 56.)

V

Quæcumque in utero gerentes á febribus corripiuntur et vehementer attenuantur, absque manifesta occasione, difficulter et periculose pariunt, aut abortientes periclitantur.

(Sect. 5ª, Aph. 55.)

VI

Quibus occulti cancri fiunt, eos non curare melius est. Curati enim citò pereunt. Non curati verò longius tempus perdurant.

(Sect. 6.ª, Aph. 38.)

Bahia—Typographia de J. G. Tourinho—1871.

Remettida á Commissão Revisora. Bahia e Faculdade de Medicina 28 de Agosto de 1871.

Dr. Cincinnato Pinto

Está conforme os Estatutos. Faculdade de Medicina da Bahia 1 de Setembro de 1871.

Dr. Moura.
Dr. Demetrio.
Dr. V. Damazio.

Imprima-se. Bahia e Faculdade de Medicina 14 de Novembro de 1871.

Dr. Magalhães
Vice-Director.